

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Igor A. Caruso

Über die Rehabilitation des „neurotischen Code“ in der
Psychoanalyse

Mohamed Said El-Safti

Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse

Karin Ammon

Die gestörte Mutter-Kind-Beziehung als Ursache
psychosomatischer Erkrankungen aus sozialpsychologischer
und psychoanalytischer Sicht

Günter Ammon

Psychoanalytische Milieuthherapie

6. Jahrgang

2. Heft 1973

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

19

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V.

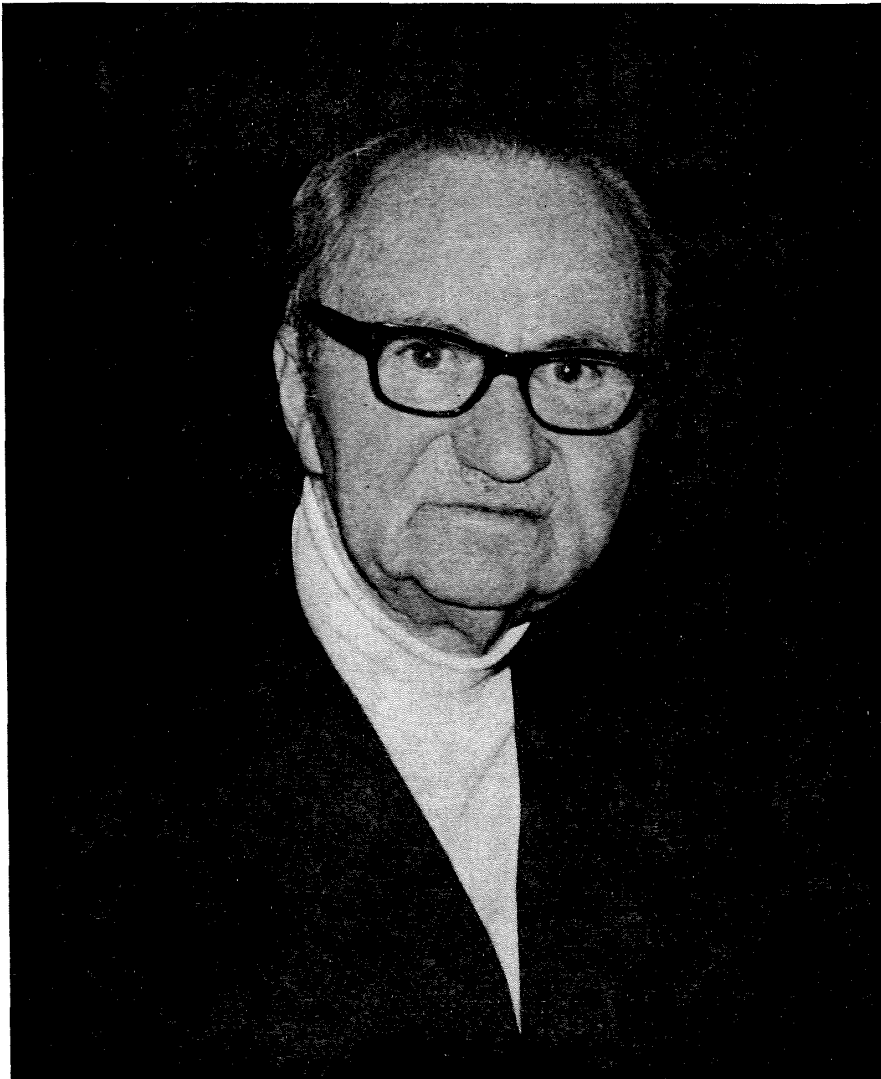
6. Jhg., 2. Heft 1973, Nr. 19

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — J. Cremerius, Freiburg — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Utrecht — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakob, Belmont — H. W. Janz, Hannover — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — W. Schmidbauer, München — W. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
Igor A. Caruso (Wien/Salzburg)	
Über die Rehabilitation des „neurotischen Code“ in der Psychoanalyse	66
Rehabilitation of the „Neurotic Code“ in Psychoanalysis	84
<i>Mohamed Said El-Safti</i> (Berlin)	
Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse	87
Language in Psychoanalysis	96
<i>Karin Ammon</i> (Berlin)	
Die gestörte Mutter-Kind-Beziehung als Ursache psychosomatischer Erkrankungen aus sozialpsychologischer und psychoanalytischer Sicht	98
The Deranged Mother-Child-Relation as a Cause of Psychosomatic Disorders from the Points of View of Social Psychology and Psychoanalysis	110
<i>Günter Ammon</i> (Berlin)	
Psychoanalytische Milieuthérapie	112
Psychoanalytic Milieu Therapy	127
Buchbesprechungen / Book Reviews	131
Nachrichten	143

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*



Wir gratulieren dem Pionier der Wissenschaft von der Pränatalen Psychologie, Dr. phil. Gustav Hans Graber (Bern), in tiefer Verehrung zu seinem 80. Geburtstag am 17. Mai 1973.

Herausgeber und Redaktion der
Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry
und das Präsidium der Deutschen Akademie
für Psychoanalyse (DAP) e. V.

Über die Rehabilitation des „neurotischen Code“ in der Psychoanalyse**

Igor A. Caruso *

Die Sprache des Neurotikers ist, wie das Symptom, ein mißlingender Versuch der Kommunikation. Als Sprache des Unbewußten ist sie aus der allgemein verständlichen Sprache „exkommuniziert“. Als „neurotischer Code“ ist sie der Ausdruck des Wunsches, der sich in der privaten Allegorie oder individuellen Pathologie gleichzeitig verbirgt und offenbart. Durch die freie Assoziation in der Analyse wird sich der „neurotische Code“ als private, dem Patienten selbst verborgene Wunscherfüllung zeigen. Mittels der Übertragung wird sein Entstehungspunkt in der individuellen Geschichte situiert. Die analytische Arbeit, die den verborgenen Sinn der neurotischen Sprache aufdeckt, erwirkt den Wandel des „neurotischen Code“ von einer dem Patienten und seiner Umgebung unzugänglichen, depersonalisierten Sprache in eine in die allgemein verständliche Sprache übersetzte, aber auch persönliche Kommunikation.

1. Kommunikation und „Exkommunikation“

Sandor Ferenczi (1964) betrachtet die neurotischen Symptome als „entstellte Mitteilungen in einer zunächst unverständenen Ausdrucksweise des Unbewußten“, und *Theodor Reik* (1925) sieht die Symptome unter dem Gesichtspunkt des „Geständniszwanges“. Beide Aussagen sind nur Kommentare zu der Wendung, die *Freud* im Verständnis des Symptoms vollzogen hat: im Grunde genommen hat alles „Sinnlose“ für *Freud* einen Sinn — alles was ist, ist vernünftig, auch die Manifestationen der Unvernunft.

Das Unbewußte, das Verdrängte sprechen die Sprache des Symptoms oder schlechthin die „neurotische“ (nonverbale und verbale) Sprache: wir können dies „neurotischen Code“ nennen. Gewiß können wir hierbei mit *A. Lorenzer* (1970) von der „Sprachzerstörung“ sprechen. Allein sollte dieser Terminus uns nicht vergessen lassen, daß der „neurotische Code“ wie auch die kindliche „Vorsprache“ eine vollgültige Menschen-sprache ist, die es zu übersetzen gilt. „Wenn ein namhafter Psychoanalytiker (*A. Lorenzer*) in einem höchst bemerkenswerten Buch von der Sprachzerstörung (in der Neurose) spricht, müßte die Frage aufgeworfen werden, wie weit unsere Sprache zerstört ist, damit uns die Sprache des Neurotikers zerstört erscheint. Ist Sprache zerstörbar? Ist die sogenannte Sprachzerstörung nicht vielmehr der vollsprachige Ausdruck eines gestörten Menschseins, also nicht Zerstörung, sondern Sprach-Wandel, und

* Prof. Dr. phil., Psychoanalytiker, Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Universität Salzburg. Begründer des Wiener Arbeitskreises für Tiefenpsychologie, Präsident des Salzburger Forschungs- und Arbeitskreises für Tiefenpsychologie und Psychosomatik, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Vorabdruck aus „Psychoanalytische Technik und Verständnis der entfremdeten Sprache“, Hamburg, Rowohlt, 1973 (Arbeitstitel, i. Vorb.), mit freundlicher Genehmigung des Autors

verrät dieser Sprachwandel nicht gerade den Sinn von Schicksal und Schicksalsbestimmung?“ (Blum, 1971)

Der Neurotiker befindet sich in der Ohnmacht der Bewußtseinslosigkeit über seinen ahistorisch gewordenen, aber einmal in der Lebensgeschichte geübten Wunsch. Dieser geübte Wunsch, der im Wiederholungszwang des Symptoms sich gleichzeitig verbirgt und offenbart, ist wegen der gesellschaftlichen Repression, die durch das Subjekt introjiziert wurde, nie zur begrifflichen Artikulation gekommen. Da der Wiederholungszwang die Zeitachse, in der er sich vollzieht, außer acht läßt, reicht der neurotische Code an das eigentliche (durch Synchronizität und Ungeschichtlichkeit verdeckte) Problem gar nicht heran. Der Wunsch kann in solchen Fällen nicht adäquat formuliert werden und wird in eine scheinbar unsinnige allegorische verbale oder körperliche Sprache übertragen.

Die Psychoanalyse ist nichts anderes als die Übersetzung (bzw. Rückübersetzung) der Allegorie in eine adäquate Sprache, welche diachron die Zeitachse der Geschichte einbezieht. Diese Übersetzungsarbeit ist eine schwierige und langwierige. Noch lange Zeit während der Kur spricht der Neurotiker die Sprache des Widerstandes und der Übertragung. Der Widerstand ist ein Nicht-wahrhaben-Wollen der adäquaten Darstellung des tabuisierten Wunsches. Die Übertragung ist die Kehrseite dieses Nicht-wahrhaben-Wollens: sie ist der Versuch, den Wunsch im phantastisch verbrämten Raum der psychoanalytischen Situation zu erfüllen; die Übertragung drückt den Wunsch aus, sie versucht, ihn darzustellen, das Ausdruckslose doch auszudrücken, aber noch in der alten Form des neurotischen Code, welcher auf den Analytiker übertragen wird. Letzterer soll nun versuchen, zwar den Code zu verstehen, aber in der Befriedigung des Wunsches nicht „mitzusprechen“. Man sieht daraus, daß der neurotische Code die „positiven“ Seiten jeder Sprache besitzt — sonst wäre nicht einmal die synchrone ungeschichtliche Sprache vorhanden und die Inadäquatheit dieser Sprache wäre in der Übertragung nicht auszumachen.

Es kann bei dieser Sachlage nur eine Methode geben, den neurotischen Code in eine historische Sprache zu verwandeln. Das ist die Hermeneutik, die eine wissenschaftliche Methode sui generis ist, indem sie ihrem Gegenstand allein gerecht wird. Deshalb ist es auch unzulässig, Kriterien anderer wissenschaftlicher Methoden auf die Psychoanalyse mechanisch zu übertragen. Im Raum der Deutung des neurotischen Code und dessen Umwertung ist ausschließlich die Hermeneutik legitim und valide.

Ist aber die Sprache ein Medium der Kommunikation, so ist der neurotische Code ein Versuch derselben; ein solange mißlingender Versuch, bis die Deutung durch den Widerstand hindurch allmählich einleuchtet. An und für sich ist der neurotische Code eine abgesonderte private

Sprache, mit der die Kommunikation nicht vollzogen wird, da dieser Code der „Exkommunikation“ aus der allgemeinen Sprache unterliegt. *Stephan Landolt* (1971) insistiert auf diesem Charakter der „Exkommunikation“ und liefert folgende zwei Beispiele aus einer Analyse:

„Nie nahm ich an, daß Erwachsene auch solche oder noch viel detailliertere (sexuelle) Phantasien haben könnten als ich. — Ich bemerkte ja nie dergleichen bei Erwachsenen, sie sprachen nie darüber — oder vielmehr, sie verbargen jedes Sprechen darüber. So kam ich mir ungeheuerlich als einsamer, abnormer Sünder vor. — Und dadurch, daß ich mir als einsamer, schuldiger Dreckschwanz vorkam, sprach ich auch nie darüber mit jemandem, so daß alle anderen Jemande vielleicht auch glaubten, sie seien einsame, abnorme Ungeheuer und vielleicht auch nie daran dachten, daß ich auch einsame Phantasien hätte. So glaubten wir alle voneinander, wir seien geschlechtslos; nur ich glaubte das von mir nicht . . .“.

„Ich wußte nichts von den Phantasien der anderen, konnte mir auch nicht vorstellen, daß sie solche haben könnten, sie waren doch alle so ‚anständig‘ — auch die Erwachsenen rissen damals noch keine Witze vor mir. So glaubte ich, daß sie wirklich nicht ‚schlechte‘ Witze reißen könnten. Nur mir fielen dauernd solche schlechten Dinge ein. — Das machte mich einsam. Später las ich in katholischen Aufklärerberichten, daß sexuelle Sündhaftigkeit das Symptom der Einsamkeit habe. Ich glaubte, man könne mir die Einsamkeit vom Gesicht lesen und sicher, dachte ich, schlossen die Pfaffen, daß ich versexst sei . . .“

Mit *Alfred Lorenzer* handelt es sich in der Psychoanalyse um eine Exploration der privatsprachlichen Semantik, die durch die allgemesprachliche Semantik nicht zum Verständnis kommt. Was an semantischen Valenzen in einem Wort oder Satz sich verdichtet hat, muß in die Allgemesprache zurückübersetzt werden. In der Privatsprache ist der semantische Umfang eines Wortes oder einer Wortkombination „überdehnt“, so daß dieser Umfang nicht mehr dem der allgemesprachlichen Semantik entspricht. Diese Nichtübereinstimmung kommt also davon, daß die Privatsprache mit einem Erlebnis synchron ist, welches durch den Gebrauch des synchron bedeutsamen Ausdruckes im Rahmen der Allgemesprache kaschiert wird (solange es nicht diachron übersetzt wird). Dies trifft sich mit den Äußerungen *Freuds*, daß das Verdrängte zeitlos ist, d. h. unverändert durch die Zeit durchhält und somit im synchronen Zustand mit der Aktuelsituation interferiert (Wiederholungszwang).

Wir können dem neurotischen Code die Symbolqualität nicht absprechen: im Gegenteil, von außen gesehen wuchert geradezu die Symbolik in jedem psychopathologischen Ausdruck. Doch zugleich ist die Privatsymbolik insofern eine zweite Ebene der Symbolbildung, als sie gegenüber dem vermittelnden Sinn der allgemein üblichen Symbolik

gleichsam entsymbolisiert wirkt. Dadurch kommt es eben zur „Exkommunikation“ aus dem Gebrauch der allgemeinen Symbolik, und der synchrone Charakter des neurotischen Code bedingt das Klischeemäßige des Wiederholungszwanges. Hierin sieht *A. Lorenzer* die Sprachzerstörung, die Korrumpierung der Sprache mit ihrer Symbolik, aber auch deren Rekonstruktionsmöglichkeit in der Psychoanalyse. Im Titel dieser Arbeit sprechen wir von „Rehabilitation“, weil nicht nur die allgemeine Sprache schlechtweg durch den psychoanalytischen Prozeß rekonstruiert wird, sondern es sich in diesem Prozeß um das neue Verständnis des neurotischen Code und um seine Rehabilitation als vorläufiges Kommunikationsmittel handelt. Um durch eine „allgemeine“ Sprache sinnvoll ersetzt zu werden, soll der „neurotische Code“ im Prozeß der Analyse zuerst selbst als sinnvolle Sprache rehabilitiert, das heißt dem Verständnis zugeführt werden.

Die allgemeine Sprache ist nach *J. Habermas* (1969) die Umgangssprache, auch Metasprache, da sie aus sich selbst die Dimension der Erlernbarkeit und Tradierung erzeugt: sie ist gültige Praxis*. Der neurotische Code hingegen ist solange keine gültige Praxis, als er „exkommuniziert“ bleibt, bis er endlich „rehabilitiert“ wird durch Verständnis und der Praxis der allgemeinen Sprache zugeführt wird.

Hier allerdings entdecken wir die Möglichkeit einer Gefahr, die letztlich durch die Hybris der Konformität dargestellt ist. Inwiefern nämlich können Gefühle und Affekte den Wörtern und Begriffen überhaupt zugeordnet werden? Gibt es nicht Erlebnisse, für die es keine adäquate verbale Zuordnung gibt? Jeglicher Ausdrucksversuch für solche Erlebnisse stellt lediglich eine Um- und Beschreibung dar. Mit der nachträglichen Bemühung der Einordnung und Zuordnung ist auch die Gefahr der Sinnveränderung gegeben, da uns nun einmal nur begrenzte Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Hinter allen „negativen“ Kategorien des neurotischen Code sind „positive“ Wünsche und ihre Frustration verborgen (bzw. offenbar). Aber warum bleibt es nicht beim Erleben allein? Warum kommt es zum Versuch eines Ausdruckes, der optimal in der Verbalisierung gegeben ist? Für *Freud* war seit den neunziger Jahren

* Herbert Marcuse (1965) versteht allerdings unter „Metasprache“ etwas anderes. Die Metasprache in Kunst und Kultur ist dadurch, daß sie die Realität nicht in der offiziellen Interpretation wiedergibt, dem Bewußtsein des Empfängers entfremdet und normativ, aber wegen der Verfremdung nicht operationell. Die Einbeziehung der Kulturwerke in den Warenmarkt macht sie operationabel und ihre Inhalte werden operationalisiert, indem ihre normativen Begriffe mit deren gesellschaftlicher Verwirklichung identifiziert werden, bzw. die gesellschaftliche Verwirklichung selbst wird zur Norm. So wird die Spannung zwischen Sollen und Sein beseitigt, die Entfremdung aufgehoben. Ohne einen Übersetzungsprozeß wird die Metasprache der Kultur in den Code der gesellschaftlichen Mächte übertragen, der undialektisch ist, Entfremdung nicht kennt (*G. Hutter*, 1971). Für Ludwig Wittgenstein jedoch gibt es nur die öffentliche Bedeutung der Sprache: was für mich prinzipiell verständlich ist, ist auch für einen anderen prinzipiell verständlich. Die „eigentliche“ Bedeutung ist die gewöhnliche (*Walter Höllerer*, 1969).

des vorigen Jahrhunderts die Sprache ein Vorgang, der der Abfuhr von Affekten dient und dadurch auch Ersatz für Handlungen ist. Das Erleben bedingt die Sprache, und jedem Erleben liegt der Wunsch zugrunde: ohne Wunsch gäbe es auch keine Sprache. Offenbar ist der Wunsch des Menschen nie ganz adäquat zu befriedigen, weil er allein die begriffliche Sprache gebraucht*.

Dadurch ist aber die Sprache nicht nur optimale Vermittlung, sondern sie ist ambivalent; sie ist auch Zeichen für eine Begrenzung, der die sprachlose Kreatur nicht unterliegt. Die Sprache stellt für uns diese Begrenzung dar in dem Augenblick, wo ursprüngliche synchrone Gefühlsqualität und Zuständigkeiten nicht sofort abreagiert werden können, bzw. wenn sie nicht eindeutig auf ein Etwas bezogen werden können. Es fragt sich daher, ob die Chiffre des neurotischen Code immer „zu Recht“ exkommuniziert wird. Wenn wir die Symbolisierung auf der zweiten Stufe (nämlich der privaten) in der Neurose als neurotischen Code, als private Chiffre, bezeichnen und hiermit die zweite Bedeutungsstufe des Signifikates hervorheben, so ist dies ein Hinweis auf eine soziologische Gestörtheit, da hier die Verschlüsselung nicht mehr auf die Entschlüsselung abgestimmt ist (*M. Perrez, 1971*).

Es scheint, daß im „neurotischen Code“ der Kommunikationsprozeß sich von jenem der Allgemeinsprache darin unterscheidet, daß beim Sender die Darstellungsintention unbewußt bleibt, während beim Empfänger die eintretende Orientierung in ihrer Abhängigkeit von der Darstellungsintention des Senders unbekannt, d. h. unbewußt bleibt. *Meinrad Perrez* hebt dieses quid pro quod hervor und bezieht dasselbe auf das Kommunikationsmodell von *Hofstätter, 1970* (s. Abb. 1)

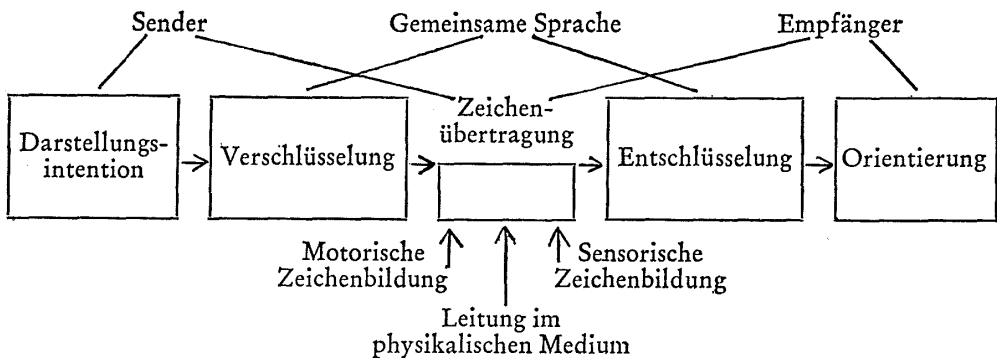


Abb. 1

* Julius Laffal (1970) vermerkt, daß die ursprüngliche Funktion der Sprache als Abfuhrmechanismus und ihre spätere Funktion als Kommunikationsmedium Sprache und Erleben verbinden. Am Anfang des Lebens dient die Sprache der Spannungsabfuhr; bei jeder psychischen Störung gewinnt diese Funktion wieder an Bedeutung auf Kosten der Kommunikation. Die Sprache dient dazu, sonst unbewußt bleibenden psychischen Zuständen mehr oder weniger bewußte Gestalt zu geben.

Wir können dies auch so umschreiben, daß der neurotische Code einen Mythos darbringt. Der Mythos, der im Gesprochenen geboten wird, hat eine innere Logik, die dem Mythen Erzähler nicht bewußt ist und dem Zuhörer zunächst unverständlich bleibt („Le discours de l'autre“, *Lacan*, 1966) und auf eine entsprechende hermeneutische Arbeit wartet. Der unenträselte Mythos weist auf eine frühe Entwicklungsstufe hin und bedingt eine Art anachronistischen repressiven Code*.

Hier stellt sich eigentlich die Frage, inwiefern mythologische Inhalte, die in einem regressiven Code dargebracht werden, sich in die allgemein begriffliche Sprache übersetzen lassen. Es gibt hierzu praktisch nur einen Weg, der der Grundregel der Psychoanalyse entspricht, der Weg des „freien Assoziierens“. Bei aller Synchronizität des „neurotischen Code“ lebt der Neurotiker nicht nur in der Vergangenheit, sondern ist vielmehr zerrissen zwischen dieser Vergangenheit und der wirklichen Diachronie des Geschehens. Daher ist in der Therapie des Neurotikers die Verbalisation von solch eminenten Bedeutung, die sie nicht in der Therapie des Psychotikers hat, in welcher der Analytiker viel mehr auf das Agieren angewiesen ist. Das „freie“ Assoziieren überschreitet die Grenze zwischen Synchronem und Diachronem.

Nehmen wir, als Beispiel des in synchroner Sprache dargestellten Mythos, einen Traum, der vom Analysanden in die Analyse gebracht wird. Es ist meines Erachtens praktisch unwichtig, ob die Assoziationen zu diesem Traum eine ursprüngliche Einheit mit ihm bilden oder ob sie vielmehr eine „neue“ Einheit darstellen, die aus der psychoanalytischen Situation geboren ist. Am ehesten sind diese Assoziationen ein Übergang zwischen der Synchronie des Traumes zur relativen Diachronie der psychoanalytischen Situation. Die Assoziationen amplifizieren die synchrone Sprache des Traumes und bilden einen Übergang zu der historischen Situation der Analyse. Die vornehmliche Bedeutung des Assoziierens ist auf der einen Seite die Herstellung eines — dem Analysanden eigenen — Code, der die vorbewußt gewordenen Inhalte reproduziert. Auf der anderen Seite erlauben die Assoziationen den Beginn einer Deutung des ursprünglichen Materials in einer diachronen Sprache: die Dynamik des Assoziierens überwindet die einfache Reproduktion und ermöglicht, wiewohl an das Synchronem des Mythos anknüpfend, die Erschließung der weiteren Zusammenhänge und daher die Bewußtseins-erweiterung.

Es ist dabei auch zu bedenken, daß die Träume im Sinne *Ludwig Wittgensteins* (1971) eine Art Sprachspiel sein könnten, die erst durch das Assoziieren eine logische Gestalt annehmen (*Caruso*, 1957). *Ludwig*

* Darum sollte der Psychoanalytiker auch in der Kindertherapie ausgebildet sein, damit er die interne Logik und Gültigkeit der Mythen verstehen lernt und die Inadäquatheit der erwachsenen Sprache erlebt.

Wittgenstein ist der Auffassung, daß die Ursachen der Träume sehr mannigfaltig sein könnten. Damit übt er wohl Kritik an *Freuds* monistischer Reduktion der Traumdeutung: jedoch gerade das Assoziieren zu den Träumen entlarvt auf der anderen Seite deren Wunschgehalt. *Stephan Landolt* (1971) hebt dabei zu Recht die Bemerkung *Wittgensteins* hervor, daß man immer, wenn man mit etwas beschäftigt ist, anfangen könne wie man will, die Assoziationskette wird einen schließlich und unvermeidlich auf das ursprüngliche Thema zurückführen. Nach der Analyse erscheint ein Traum logisch, weil er eben das Problem anzeigt.

2. Reproduktion

Wir sehen: die Technik der Assoziation führt den individuellen Mythos, welcher sich in einem individuellen Code kundtut, aus der Faktizität der einfachen Reproduktion heraus. Selbstverständlich ist die Reproduktion die erste Bedingung jeder weiteren Kritik. Um einen Sachverhalt aus dem synchronen „neurotischen Code“ zur diachronen Historizität überzuführen, ist zunächst einmal die sprachliche Reproduktion des Synchronen notwendig. Nicht von ungefähr spielt die Reproduktion etwa der gesellschaftlichen Mythologeme bereits an sich eine Rolle im kritischen Prozeß, falls das Bewußtsein dessen, der reproduziert, und das seiner Hörer oder Leser unvermittelt schockiert wird und daher zu einer kritischen Analyse angeregt wird.

Deswegen wird der Analysand angehalten, alles, was ihm in den Sinn kommt, zunächst einmal „unkritisch“ zu reproduzieren: die Reproduktion ist noch keine Kritik, kann aber privilegierter Anlaß zur Kritik sein.

Um den Sachverhalt zu verdeutlichen, wollen wir Beispiele bieten, worin gesellschaftliche (also nicht individuelle) Mythen zunächst reproduziert werden.

April 1958: in den illustrierten Zeitschriften Frankreichs erscheint eine Reklame. Ein Mann ist abgebildet, der die halbfertige Herrenhose der Marke M. trägt. Ein Aufruf an den Leser: „A son image, devenez vous-même! — Werdet zu seinem Ebenbild, und ihr werdet ihr selbst!“ Die einfache Reproduktion dieser Verheißung kann (muß nicht) die Kritik an einer solchen Mystifikation anleiten. Erst nach der Reproduktion kann man sich Gedanken machen über den langen Weg der Aufgabe, sich selbst durch die Realisierung der Ebenbildlichkeit mit Gott zu finden, oder über die merkwürdigen Wege der Konsumgesellschaft, eine konformistische Identitätsbildung zu veranlassen.

Oder nehmen wir das Buch von *A. Behrens* (1971), „Gesellschaftsausweis“. In der Präsentation des Buches durch den Verlag lesen wir: „*Behrens* imitiert bis zur Nichtunterscheidbarkeit die Wörter der Gram-

matik der Werbesprache, um sie als verwendete für den Leser erkennbar zu machen“ . . . „In ihrer Reproduktion werden die Mechanismen der Werbesprache bloßgelegt und ihre angepriesenen Inhalte: Aggression und Freiheit, Sexualität und Hygiene als kauffördernde Werte des distributiven Kapitalismus entlarvt“. Nun ist die Psychoanalyse wegen des Wiederholungszwanges des Patienten und dank der Übertragung eine „Reproduktion“, die unsinnig und inadäquat wirkt, weil sie — wie das Buch *Behrens'* — eine isolierte massive Anhäufung der „Wörter und Grammatik“ der neurotischen Sprache in einer experimentellen Situation darstellt.

Wirkt also die Reproduktion allein schon entlarvend? Ja und nein. Einen Banausen oder einen Konsumfanatiker wird das Buch *Behrens'* kaum läutern. Erst Gegner unserer Gesellschaftsstruktur werden es schätzen. Denn die unsinnige Anhäufung der „neurotischen“ Werbesprache wird hier zwar zusammengerafft, setzt aber auch kritische — also interpretatorische — Einstellung voraus*.

Die Funktion der Psychoanalyse ist also Reproduktion (Wiedererleben) und zugleich Deutung des Sinnes, der im Unsinn der Reproduktion liegt.

„Die Unterdrückung der Verbraucher ist vor allem an dem Verhalten der Verbraucher selbst zu erkennen“ — so der Titel des ersten Essays *Behrens'*. In der Technik der Psychoanalyse: „Die Entfremdung der Neurotiker ist vor allem an dem (verbalen) Verhalten der Neurotiker selber zu erkennen.“

Und nun eine parallele individuelle Erfahrung: In einer Selbsterfahrungsgruppe (2. April 1971) sagt der Student L.: „Wenn ich schreibe, wenn ich rede, schaue ich mir über die Schulter, horche das, was ich rede.“ Nun reproduziert L. tatsächlich mit Vorliebe die synchrone Sprache seines Unbewußten in zahlreichen Codes, die dem Zuhörer oft esoterisch erscheinen. L. merkt, daß „man“ in Codes spricht. Er merkt auch, daß „es“ in ihm jeweils einen Code benützt. Doch diese seine Kenntnis der Code-Struktur und deren Reproduktion genügt für die volle Kritik noch nicht: Es ist „Theorie“, Introspektion, aber noch keine bewußte Praxis. Letztere würde aus der je persönlichen Deutung des Code und aus dem Bewußtwerden der Motivationen der Code-Sprache entstehen. L. reproduziert genug Material für eine Psychoanalyse, doch scheint er es bei der Reproduktion zu belassen. Dieses letzte Beispiel führt uns bereits näher der eigentlichen Aufgabe der Psychoanalyse zu.

Was ist also diese eigentliche Aufgabe der Psychoanalyse? Sie ist offenbar nicht, den „neurotischen Code“ zu negieren, ihn einfach durch

* Noch etwas: bei der Reproduktion *Behrens'* ist die Ironie am Werke: er schreibt eine Parodie. In der psychoanalytischen Stunde muß der Neurotiker seine eigene „Parodie“ in der Übertragung merken.

einen anderen autoritär zu ersetzen. Denn der „neurotische Code“ ist eine (sicherlich regressive) Sprache, die in der Psychoanalyse verstanden, d. h. rehabilitiert werden soll, um dann daraus eine vollgültige Übersetzung zu erstellen. Der „neurotische Code“ ist die „exkommunizierte“ Sprache der *Jungschen* „Persona“. Der Ausdruck einer Maske also, welche unveränderlich vor dem lebendigen Antlitz der historischen Person getragen wird.

Aber diese Maske mit der exkommunizierten Sprache, die durch sie hindurchtönt, stellt eine Schicht, ein Gebiet zwischen dem sich wehrenden Ich und den Objekten der äußeren Welt dar. Sie ist also nicht bloß Trennung, sondern auch Brücke zur Welt. Auch der Analytiker ist, kraft der Grundregel, für den Analysanden eine Persona statt der menschlichen Person, die er wirklich ist. Dies ist nicht bloß Kontaktmangel, sondern ein Modus des Kontaktes zu dem Analysanden, der erst allmählich erfahren wird, daß sein Analytiker der konkrete Mensch X ist. Der Prozeß der Psychoanalyse ist ein Prozeß des Personwerdens (progressive Personalisation) und des Abbaus der maskenhaften Persona. Die zunächst getragenen Rollen des Analysanden und des Analytikers werden als ungewollt „gespielte“ erkannt. Nicht sofort erkannt freilich: denn diese Rollen entstehen aus der zähen Übertragung bzw. Gegenübertragung und ihre Demaskierung stößt auf Widerstand und Gegenwiderstand. Hier wäre manches über die Aneignung und Distanzierung von sozialen Rollen mit Hilfe der Sprache zu untersuchen (*Lempert, 1972*).

G. Hutter (1971) bemerkt treffend, daß zwar die Entzifferung des „neurotischen Code“ die Bewußtmachung der Projektionen ist, die die Privatsprache von der allgemeinen trennen, daß aber zugleich die verkrusteten Bedeutungen der allgemeinen Terminologie kritisiert werden. Die Bemerkung unterstreicht einmal mehr, daß die Übersetzungsarbeit der Psychoanalyse keinen Konformismus bedeuten soll. *G. Hutter* gibt zwei kleine Beispiele der Projektionen in der offiziellen Terminologie.

Als erstes Beispiel das Wort „Demokratie“. Offiziell: Teilnahme aller an den für alle wichtigen politischen Entscheidungsprozessen. Wirklich: Möglichkeit, aus von „oben“ bestimmten, standardisierten „politischen Richtungen“ alle paar Jahre eine auszuwählen, wobei die Wähler keine der Wirklichkeit entsprechenden Auswahlkriterien zur Verfügung haben.

Dieser Vorgang wird möglich durch die Projektion der Wunschvorstellung auf die Wirklichkeit. Umgekehrt wird dadurch eine sprachliche Diffamierung des „Feindes“ möglich.

Als zweites Beispiel das Wort „Gewalt“. Offiziell: Gewalttätig sind niemals diejenigen, die Gesetze durchsetzen, sondern immer die, die eine bestehende Ordnung verändern wollen. Vgl. dazu etwa die Berichterstattung unserer Zeitungen über Demonstrationen und Aufstände. Im

Vietnamkrieg „überfallen“ die Nordvietnamesen die Amerikaner bei Nacht und Nebel, während die Amerikaner „Erfolge erringen“*.

Ein sehr ähnliches Beispiel für eine mehrdeutige Entsprechung zwischen dem Signifikant der allgemeinen Sprache und den „privat“ abweichenden Signifikaten wurde von *Jost Nolte*, (1972) anlässlich einer Polemik um *Heinrich Böll* beschrieben.

In einem vielbeachteten Artikel hatte *Heinrich Böll* die öffentliche Meinung der Bundesrepublik Deutschland aufgerufen, dem „Krieg“ zwischen den einigen wenigen Mitgliedern der Baader-Meinhof-Gruppe und dem Staatsapparat der Bundesrepublik dadurch ein Ende zu bereiten, daß man Gnade vor Recht walten läßt und den Gruppenmitgliedern freies Geleit verpricht. Diese humane Intervention gab Anlaß zu einer lebhaften Diskussion. *Jost Nolte* bemerkte nun, daß die Diskussionspartner die gleichen Wörter anders gebrauchen und verstehen:

„Überall ist Babylon. Einerlei Zunge und Sprache finden auch jene nicht mehr, die scheinbar im selben Vokabular über offenbar dieselben Dinge reden. ... *Heinrich Böll* wollte zur politischen Besonnenheit mahnen, als er im „Spiegel“ dazu aufrief, der Baader-Meinhof-Gruppe „freies Geleit“ und „Gnade“ zuzusichern. ... Und so öffnete *Böll* dem allgemeinen Mißverständnis Tür und Tor: Er verwendete Wörter wie ‚Gnade‘ und ‚freies Geleit‘, ‚Krieg‘, ‚Kriminalität‘ und ‚Verfolgung‘, wie er sie kannte und verstanden wissen wollte, nämlich mit einem Anhauch von ‚Metaphysik‘, mit Anspruch auf Tiefgang, mit Mißtrauen gegen alles Selbstverständliche und allzu Eindeutige. *Böll* ging auf *Bölls*che Art mit den Wörtern um. ... Am einfachsten und am merkwürdigsten *Krämer-Badoni*: Er kreidet *Böll* an, was *Böll* zu allerletzt schuldig bleiben konnte — das einzig wahre Verständnis des Wortes ‚Krieg‘, eines Wortes, in dem für *Heinrich Böll* wie für *Rudolf Krämer-Badoni* geschossen und gestorben wird. Nur kam *Krämer-Badoni* nicht im Traum darauf, sein politischer Gegner könne diese Vokabel ernst genommen haben. Er verdächtigte den Fürsprecher einer menschlichen Politik der unmenschlichen Phrasendrescherei nach Art von politischen Rednern, die noch längst nicht vom Schießen und vom Sterben reden, wenn sie ‚Krieg‘ sagen. Kurz: Obwohl es *Krämer-Badoni* auch nach flüchtigster Kenntnis *Bölls*cher Bücher besser wissen mußte, unterstellte er seinem Kontrahenten gefährlichen Sprachmißbrauch ... *Diether Posser* aber, ein auch von *Heinrich Böll* geschätzter sozialdemokratischer Politiker in Nordrhein-Westfalen, ging noch einen Schritt weiter. Er verlangte *Böll* eine Sprache ab, die *Böll* nicht sprechen konnte: ein juristisch eingezäuntes Vokabular, in dem etwa das Wort ‚Gnade‘ nichts als ‚Minderung oder Erlaß einer Strafe‘ bedeuten soll und mit weitergreifenden menschlichen Regungen nicht belastet werden darf. *Posser*, eingeschworen auf Gesetz und Recht, vor denen alle Bürger gleich sein müssen, postulierte eine staatsbürgerliche Einheitssprache, gültig auch für Schriftsteller wie *Heinrich Böll*, die in ihren Worten die Geschichte aufspüren und ihre menschliche Erfahrung bekunden wollen.“

Es ist ersichtlich, daß das „Erlernen“ der allgemeinen Sprache im psychoanalytischen Prozeß keine unkritische Anpassung ist, keine heteronome Verhaltensmodifikation; es ist auch ersichtlich, daß der „neurotische Code“, wie grundsätzlich jede Sprache, sowohl der Distanzierung als auch dem Kontakt dient und somit ambivalent wie jede Sprache ist. Der „neurotische Code“ soll daher ernst genommen und „rehabilitiert“ werden.

Analysand *Huf* — sowohl in der anamnestischen als auch in den zwei ersten analytischen Stunden — bedient sich bei der Verbalisierung seiner

* Herbert Marcuse (1969): „Eines der wirksamsten Rechte des Souveräns besteht darin, durchsetzbare Definitionen von Wörtern festzulegen.“ S. 110

Probleme einer beschreibenden und bereits nach psychoanalytischen Kategorien terminologisierten „interpretativen“ Sprache. Er liefert bereits fertige Interpretationen seiner Verhaltensweisen, in der Überzeugung, daß er bereits etwa den „Widerstand“ (den er so nennt) auch erfaßt. Als der Analytiker ihn auf die Benützung der theoretischen Sprache und dadurch auf die Distanzierung von den eigentlichen Problemen aufmerksam macht, antwortet *Huf*: „Ja, das weiß ich; ich bin froh, daß ich überhaupt eine Sprache habe, jetzt in der Analyse; denn früher konnte ich mich überhaupt nicht ausdrücken; diese Sprache gibt wenigstens die Möglichkeit, die Probleme zu berühren, ohne dabei viel Angst zu haben“. Derselbe Analysand *Huf* nannte früher in einer gruppendynamischen Gruppe seinen Freund *Bon* „sein Sprachrohr“; in der nämlichen Gruppenstunde sprach er allerdings zum ersten Mal viel über sich, vermutlich weil er erkannte, ein Sprachrohr benötigt zu haben.

3. Die Übertragung

Die synchrone Sprache des Wunsches im „neurotischen Code“ ist eine Art „Muttersprache“ — sowie unter Umständen eine archaische Sprache des Über-Ichs, des Ödipus usw., nicht aber eine voll personale Sprache, sofern diese die Verständigungsmöglichkeit mit der Umgebung voraussetzt. Hiermit ist eine Analogie mit der Durchführung der Psychoanalyse in einer Fremdsprache vorhanden (*Caruso u. Duque, 1964*).

Aber gerade als eine Art „Muttersprache“ oder als etwa z. B. die Sprache des Über-Ichs ist der „neurotische Code“ einer urtümlich voll gültigen Sprache entsprungen: es ist eine Art „tote“ Sprache*.

Im Laufe der Übertragungsneurose wird diese archaische Sprache zum Teil durch eine vom Analytiker erleichterte Übersetzung in die „lebende“ allgemeine Sprache ersetzt. Von einer nicht gelungenen Sozialisation in eine doppeldeutige Randposition in der Gesellschaft gedrängt, spricht der Neurotiker eine Sprache, die zu verstehen die Gesellschaft sich nicht

* Die Sprache ist Anruf der Menschen durch den Menschen, aus dem Bedürfnis und daher aus dem menschlichen Wunsch entstanden. Das haben Linguisten aus den alten Zeiten der Psychoanalyse erkannt: „Als älteste Sprachäußerung ist der Lockruf zu betrachten. Die Entstehung der Wurzeln, mit denen verschiedene Tätigkeiten bezeichnet werden, ist durch die sexuelle Betontheit verschiedener Arbeitsmethoden zu erklären. Die Annahme einer Wurzelperiode ist unumgänglich nötig. Die Wurzeln hatten in erster Linie verbalen Charakter. Der Übergang von der Wurzelperiode zur Periode der flektierenden Sprachen wird durch Beschleunigung des Sprechtempos ermöglicht. Die Annahme, daß alle Sprachwurzeln anfänglich Beziehungen zu sexuellen Begriffen hatten, wird dadurch erleichtert, daß sich die große bedeutungsgeschichtliche Rolle dieser Begriffe sprachhistorisch nachweisen läßt. Wortstämme mit sexueller Bedeutung zeigen im Germanischen die Tendenz, ein oft wiederkehrendes ‚Bedeutungssystem‘ zu entwickeln. Als Urbedeutungen von Sprachwurzeln können nur affektbetonte Begriffe gelten“: so die Zusammenfassung einer bedeutenden linguistischen Arbeit von Hans Sperber (1912). Siehe auch als Beispiel Hans Sachs (1911).

die Mühe geben kann (will), während er selbst Antworten erwartet, die ebenso unverständlich ausfallen. Der Analytiker soll hier geduldiger und verständiger sein als die Gesellschaft. „Geduldiger“ und „verständiger“ kann er sein keineswegs dank einem mystischen Charisma, sondern dank der Regel der Psychoanalyse, die den „neurotischen Code“ in die einmalige, sich selbst identisch bleibende, quasi-experimentelle Partnerschaft der Psychoanalyse überträgt (Übertragung, die die Neurose des Analysanden „dort draußen“ ersetzt).

Das Ziel der Psychoanalyse liegt aber jenseits der Übertragungsneurose: der Analysand soll alle seine Codes entziffern lernen und seine jeweilige Sprache finden: eine einmalige Sprache zwar und doch nach Möglichkeit eine allgemein verständliche. Wir merken, daß die Berücksichtigung der Übertragung in der Übersetzungsarbeit der Psychoanalyse unumgänglich ist. Ohne diese Berücksichtigung könnten wir uns einbilden, den jeweiligen Code zu verstehen, aber wir würden ihn als reine Verschleierung und Regression mißverstehen. Ohne Berücksichtigung der Übertragung würden wir auch dem Wechsel des Code in der Psychoanalyse nicht gerecht werden, ebenso wenig seiner Doppelfunktion als Verschleierung und Brückenbau.

Am Anfang der Analyse versucht *Huf* seine Analytikerin in die Situation einzubeziehen: Am Beginn der ersten Stunde: „Ich habe von Ihnen geträumt“; am Anfang der zweiten Stunde: „Ich wollte Ihnen Blumen mitbringen, hatte aber kein Geld dafür“; am Anfang der dritten Stunde, nach einigen Ferientagen: „Haben Sie gute Feiertage verbracht?“ Nach dieser jeweils „persönlichen“ Eröffnung der Stunde verbalisiert er aber ohne Zusammenhang mit diesen „persönlichen“ Versuchen; er versucht also jeweils am Anfang der Stunde einen „persönlichen“ Code anzuwenden (der die „Neutralität“ der Analytikerin durchbrechen soll), insistiert aber nicht und benützt dann den vermeintlich „vorgeschriebenen“ Code — ohne in seinen Assoziationen den ersten Wunsch zu berücksichtigen. Hier ist der „vorgeschriebene“ (so meint der Analysand!) Code eine Verschleierung des aktuellen Übertragungswunsches.

Vielleicht kann die hermeneutische Aufgabe der Psychoanalyse wie folgt dargestellt werden: inmitten der jeweiligen Übertragungssituation im Synchronen (Symptom, Traum, Fehlleistung, Schweigen, Ausdruck) das Diachrone entdecken und somit den Anachronismus entlarven. Dazu ist es nötig, im „Diskursus“ des Analysanden die Kluft zwischen dem Subjekt und seinem Bewußtsein (*Lacan*, 1966) zu erforschen, die synchronen Strukturen (Regression, Fixierung) in ihrer Übertragungsgestalt zu interpretieren (etwa Sprache des Es oder des Über-Ichs, die nicht mit der diachronen Entwicklung der Person und ihrer Sprachmöglichkeiten zusammenfällt).

Auch die Deutbarkeit der Rorschach- und TAT-Antworten ist dadurch ermöglicht, daß das diachrone Geschehen (Kleckse beschreiben, Bilder erklären) durch das synchrone Hineinspielen der Übertragung („zeitlose“, anachronistische Komplexe des Betrachters) in einen spezifischen Code übertragen wird.

Die psychoanalytische Situation wird durch den Analysanden nicht so sehr als diachrone, sondern eher als synchrone erlebt; in den experimentellen Raum der Psychoanalyse ist er durch die Projektionsfläche der Psychoanalyse selbst („Neutralität“ des Analytikers, Verbalisationszwang usf.) gezwungen, das diachrone Geschehen durch das synchrone Hineinspielen der Übertragung und des Widerstandes in einen spezifischen, deutbaren Code zu übertragen. Heilend ist dabei die allmähliche Überführung des Synchron-Ungeschichtlichen in die diachron-geschichtliche, einsichtige Deutung. Aus dem Unhistorischen wird Geschichte des Subjekts in der Welt.

Die Deutbarkeit der Rorschach- und TAT-Antworten (beide sind psychoanalytisch inspirierte Techniken) liegt darin, daß der Proband zu spezifischen Code-Antworten durch die „Zweideutigkeit“ (Mehrdeutigkeit) der Vorlagen „verführt“ wird, welche Code-Antworten nur für den Versuchsleiter „transparent“ sind (durch Bezug auf Statistik und auf Biographie). Die Code-Antworten sind also selbst zweideutig.

Die psychoanalytische Situation ist erzwungenermaßen zweideutig (mehrdeutig) — siehe die „Neutralität“ des Analytikers, den Verbalisationszwang usf.* Der Analysand quittiert diese Situation mit notwendigerweise zweideutigen (mehrdeutigen) Antworten (Diskrepanz zwischen dem Unbewußten und der bewußten Sprache); diese sind nur im Kontext transparent; der Analysand wird sie erst dann als transparent sehen, wenn er die Zweideutigkeit der Situation auf eigene Wünsche zurückzuführen und als Übertragung bzw. als Widerstand zu erkennen imstande ist.

Mit „Diskursus“ (*Lacan*) ist also eine Entwicklung der Rede gemeint: das, was der Redner aussagt, verschweigt und wie er dies tut. Der Redner lernt, für seinen Diskursus die Verantwortung zu übernehmen, wenn nicht im moralischen, so im logischen Sinne. Er merkt allmählich, daß seine Sprache nicht nur den transitiven Sinn der bewußten Behauptung bietet, sondern daß sie auch den intransitiven Sinn der Aussage darstellt. Die Sprache hat Tiefen: sie hat einen manifesten und einen latenten Inhalt. Wichtig ist hierbei, daß die Dechiffrierung des „neurotischen

* Die Übertragung ist „in zwischenmenschlicher Sicht die einzig mögliche Reaktion auf eine höchst ungewöhnliche Situation“ (Watzlawick et al., 1971). Das Paradoxe der psychoanalytischen Regel ist die Anordnung „Sei spontan!“ Aus diesem Paradoxon muß die Übertragungskommunikation entstehen, auch wenn die Kommunikation verweigert wird: „Man kann nicht nicht kommunizieren“.

Code“ mißverständlich, ja unsinnig bliebe ohne die stete Berücksichtigung der Übertragung.

Ein dreißigjähriger Patient, außerordentlich intelligent, dessen Widerstand während der analytischen Kurztherapie (85 Stunden) sich fast ausschließlich durch sehr geschickte Rationalisierung ausdrückte, schreibt gegen Ende der Kur folgendes nieder:

„Die Anwendung der Psychoanalyse entspricht dem Vorgang beim Entschlüsseln. Jeder Bewußtseinsinhalt ist jenseits seiner manifesten Gegebenheit auch ein chiffrierter Text. Die Begrenztheit des Konzentrationsvermögens beschränkt den Umkreis jeweils vollbewußter Inhalte auf wenige klare Wahrnehmungen und Assoziationen, von einem schon verschwommenen Feld beziehungsvoller Anknüpfungen umgeben. Im allgemeinen ist die Zuordnung des vollbewußten Aufmerksamkeitskreises zu den anderen psychischen Inhalten aus zeitlicher oder logischer Kontinuität gegeben.

Doch kann ein Bezug auch durch vergleichendes Gegenüberstellen von ‚Aufmerksamkeitskreisen‘ gesucht werden, indem man das dazwischenliegende Assoziationsfeld durch Einfälle anreichert, so daß schließlich ein Kontext gegeben ist. Hier ist gleichsam ein Aufmerksamkeitsfeld Code für den anderen. Deuten heißt nämlich interpretieren in der Beziehung zu ... oder einer Beziehung zu ... Die Psychoanalyse ist ein Zentralschlüssel, alles ist deutbar.“

Bemerkenswert ist bei dieser glänzenden Formulierung des Deutungsschemas durch einen Analysanden (!), daß hierin keine Rede von der Erlebnisseite des Verfahrens, z. B. nichts von der Übertragung, zu finden ist.

Ist die Psychoanalyse nur dies? Ich habe das Gefühl, daß diese Beschreibung etwas skotomisiert, was wir nicht skotomisieren sollen. Ich habe den Eindruck, daß „reiner Strukturalismus“ hier nicht genügt. Ich zitiere das Beispiel so ausführlich, gerade weil ich an dem (mehr als pragmatischen) Erfolg der Therapie, der das Beispiel entnommen ist, zweifle.

Die Berücksichtigung der jeweiligen Übertragungssituation ist deshalb unerlässlich, weil sie sich auf das jeweilige Rollenspiel bezieht. In der Übertragung sprechen zwei Menschen, die nicht die gleichen sind, wie dies in ihrem Paß stehen mag oder wie sie außerhalb des Analyse- raumes wahrgenommen werden. Die Übertragung gibt erst den Kontext für den Code und dessen Übersetzung. Im „gewöhnlichen“ Leben steht es ja selbstverständlich auch nicht anders: die Sprache ist je nach der Rollenverteilung eine andere.

28. Februar 1971. Meine Tochter A., damals 12 1/2 Jahre alt, unterhält gerne lange Gespräche mit jenen „progressiven“ Studenten, die mich manchmal zu Hause aufsuchen. Auf irgendeine Frage von mir gibt sie

an diesem Tag eine recht grobe und unfreundliche Antwort. Ich mache sie darauf aufmerksam, daß ich von den Studenten — die sie doch so schätze — noch nie eine freche oder grobe Antwort gehört hätte. A.: „Es ist gar nicht dasselbe, ihr seid nicht ihre (der Studenten) Eltern“. — Ich: „Also darf man eben zu seinen Eltern grob sein?“ — A.: „Na ja. Man hat zu ihnen eben mehr Beziehungen.“ Diese konkrete Unterscheidung von seiten eines Kindes müßte dem Analytiker bei der Interpretation der jeweiligen Übertragungssprache („andere Beziehung“) geläufig sein.

Vielleicht sind wir nun imstande, den hermeneutischen „Übersetzungsvorgang“ in der Psychoanalyse etwa durch die Abb. 2 zu schematisieren:

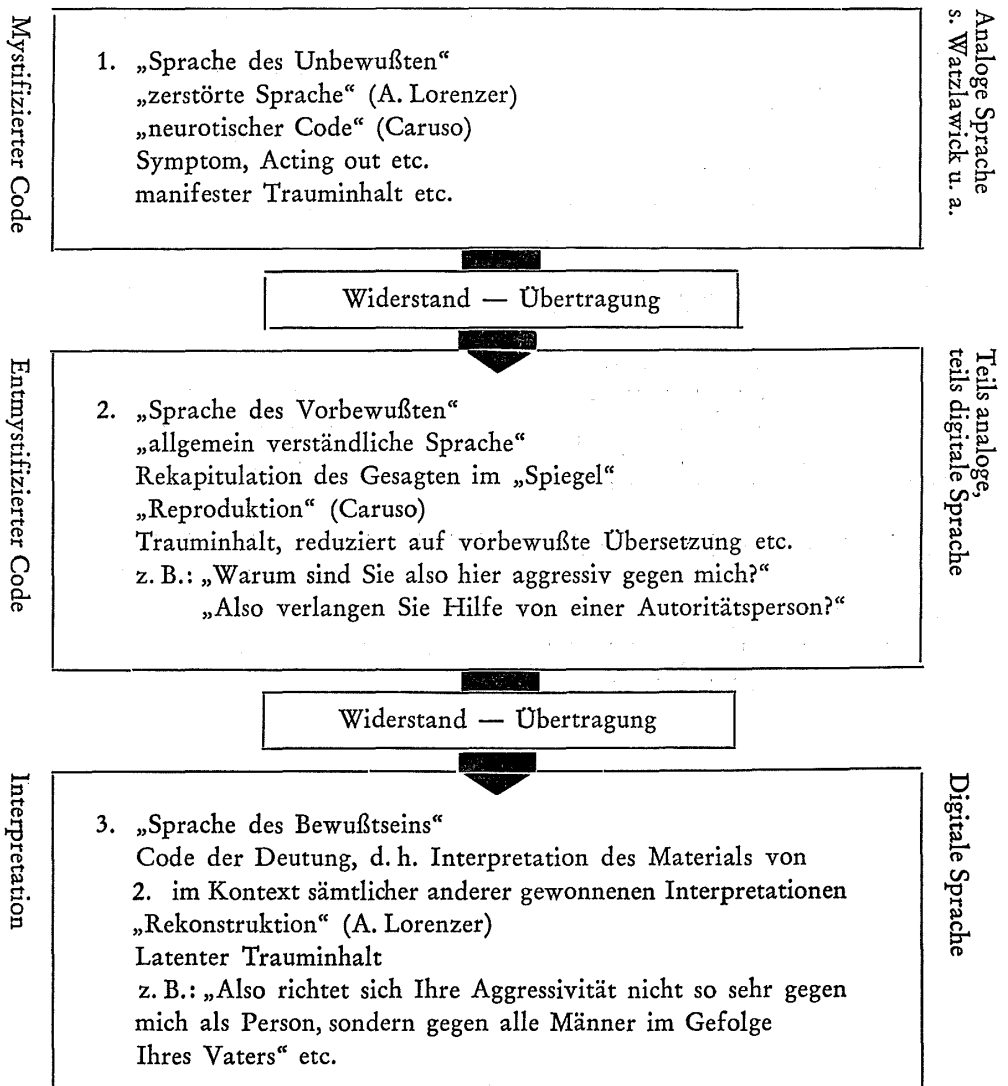


Abb. 2

Dazu ist zu bemerken, daß nur das Erlebnis der Interpretationsrichtigkeit im dynamischen Prozeß Widerstand-Übertragung die Gebiete 2. und 3. in der Praxis ermöglicht. Die bloße Reproduktion des Affektes findet im Gebiet 1. statt. Diese Reproduktion wird in die Gebiete 2. übertragen und erst im Gebiet 3. eine einleuchtende Erklärung finden.

Zusammenfassend ist die Sprache des Analysanden nur in der Übertragungssituation *hic et nunc* entzifferbar. Wir können etwas überspitzt mit *Jarbas Portela* (1970) sagen, daß die Deutung sich eigentlich auf die chiffrierte Mitteilung des Analysanden an den Analytiker in diesem Augenblick begrenzen sollte. Für *Portela* soll die Anamnese nicht künstlich rekonstruiert werden: sie assoziiert sich ja sowieso in der augenblicklichen Mitteilung des Analysanden, welche ja gerade synchron ist und, wie wir oben gesehen haben, durch die Assoziation amplifiziert wird. Für *Portela* ist die Deutung jetzt auf ein später gerichtet und nicht etwa auf die Vergangenheit, wie man dies durch eine oberflächliche Betrachtung der psychoanalytischen Technik denken könnte. Die Anamnese ist in der Psychoanalyse ein Erlebnis, und zwar zugleich ein Wiedererleben (Wiederholungszwang) und ein Neuerleben (die diachrone Historizität).

Nun soll der Analytiker die Sprache der Übertragung verstehen lernen und sie auch vorsichtig verständlich machen. Das Kunststück dabei ist, daß der Analytiker in die Übertragung involviert ist und daß die interpretatorische und emanzipatorische Rolle des Analytikers durch die Übertragung hindurch wirken und zwar adäquat wirken soll. Deshalb ist der Analytiker in der Analyse einem strengen Reglement unterworfen. Die Gewohnheit, die er wohl am schwersten erreicht, ist die Ausübung der „frei-schwebenden Aufmerksamkeit“. Diese bedeutet in unserem Kontext das Offensein für alle Codes, die während der Analyse gebraucht werden, und das Offensein für die unerwartetsten Entzifferungen des jeweiligen Code. Der Analytiker soll — was nicht leicht ist — ein gleichmäßiger, interessierter und gelassener Hörer und Deuter sein: damit wird die Forderung ausgedrückt, daß der Analytiker mit der minimalen Interferenz seines eigenen Code das Auslangen finden soll, ausgenommen eine sympathetische Akzeptierung seines Patienten. Ist der Analytiker bei der Deutungsarbeit ängstlich, ungeduldig, leidenschaftlich, wenn er z. B. übertriebene Erwartungen hegt, dann muß sein Privatcode mit dem Code des Analysanden interferieren. Wohl muß der Analytiker Signifikate „hinter“ den Signifikanten ahnen, aber dies eben dank der freischwebenden Aufmerksamkeit und nicht dank dem Überwiegen seines eigenen Code. „Mir ist es oft geschehen“, schreibt *Freud*, „daß gerade solche Fälle, in denen ich ein übergroßes persönliches Interesse nahm, mißglückten, vielleicht eben dieser Intensität wegen“ (*Freud, Abraham, 1965*).

Die Abstinenz des Psychoanalytikers liegt darin, daß er eigentlich in der Seele des Menschen nicht bohrt, sondern sie auf sich zukommen läßt. Wohl berichten Analysanden des öfteren über den bohrenden Schmerz, ja vergleichen ihn sogar mit einer Zahnbehandlung, doch sollte dieser Schmerz nicht durch den Analytiker provoziert werden; er kommt spontan als Zeichen der Lockerung von Abwehrmechanismen, d. h. im Übergang des Synchronen in die Dialektik des Geschichtlichen, was gerade auf Widerstand stößt. „Tiefenpsychologie“ arbeitet ständig mit der „psychischen Oberfläche“, sofern diese die manifeste Sprache ausmacht.

„Hauptregeln: 1. ‚Zeit lassen‘ ... Seelische Veränderungen vollziehen sich nie rasch außer in Revolutionen (Psychosen). Nach zwei Stunden schon unzufrieden. Daß man nicht alles weiß! 2. Problem, wie finde ich weiter, darf es nicht geben. Der Patient zeigt den Weg, indem er in strenger Befolgung der Eingangsregel (alles zu sagen, was ihm einfällt) seine jeweilige psychische Oberfläche zeigt“ (*Freud, Abraham, 1965*).

Freilich ist sogar der bescheidenste und vorsichtigste Versuch eines Analytikers, eine Deutung zu bieten, eine Stellungnahme des Analytikers und je ein Vorschlag der Lösung des Widerspruches. Eine solche Stellungnahme ist dialektisch wirksam, nicht aber „dingfest“ zu machen in einem etwa statischen Sinne: „wenn der Analysand das sagt, muß der Analytiker jenes sagen“. Es kommt eben dialektisch zu einem durchsichtigeren Code des vorher wenig durchsichtigen Code. Nicht das Ohr des Analytikers hört, sondern der Analytiker hört und seine Wahrnehmung ist bereits eine Deutung. Das Gehörte ergibt einen zweiten Code, der wiederum in Form eines Tests oder der psychoanalytischen Deutung selbst deutbar ist. Der Analytiker hört zu und deutet. Seine Deutung ergibt weiterhin Deutbares. Das weiterhin Deutbare ist im Prozeß der Analyse anwendbar, dient aber auch der weiteren Analyse des Analytikers, wie man dies deutlich an den sogenannten Kontrollanalysen merkt.

Für *Günter Ammon* (1973) orientiert sich der psychoanalytische Prozeß an dem „Sprach-Ich“ des Patienten, weil, wie sich *Ammon* ausdrückt, die „Wiege der Sprache“ auch Wiege des Menschen ist: des Menschen mit seiner artspezifischen sprachlichen Kommunikation. Mit Recht vermerkt auch *M. S. El-Safti* (1972), daß die Psychoanalyse sich gleichsam „in dem Augenblick konstituiert, als sie die Sprache als Medium der Forschung und der Behandlung wählt“. Und zwar mit derartiger Konsequenz, daß auch „die Metasprache, die Reflexion über die Sprache der Kur enthalten ist. Bedeutend ist bei der Erforschung der sprachlichen Ich-Funktion durch *El-Safti* sein Hinweis auf die „phonologische Umwälzung“ durch den Fürsten *N. Trubetzkoi*, der die (unbewußten) Beziehungen zwischen den Ausdrücken zur Grundlage ihrer bewußten Analyse machte.

Das Verstehen ist nur durch das Erleben möglich. Der Code des Analysanden wird also (von ihm selbst als auch vom Analytiker) nur dann verstanden, wenn das „Dahinterliegende“ erlebt wird. Ansonsten kommt es nur zu einer intellektuellen Kenntnisnahme. Erst wenn die Analyse-Partner wissen, woraus, warum und wieso das Gesagte entstanden ist, erst dann ist der Analysand halbwegs — wenn überhaupt — verstanden. So ist die „eigentliche“ Rolle des Analytikers sowohl mit dem Gleichnis der weißen Leinwand, als auch mit der Feststellung des Eingreifens nur unzulänglich beschrieben: sie ist wirklich ambivalent und schwer definierbar. Der Analysand, der vor dem Analytiker liegt (Caruso, 1972), ist souveränes Subjekt mit einer ihm eigenen Dynamik. Sein Code wird im Spiegel, den ihm der Analytiker reicht (wieder nur ein Gleichnis), insofern leichter entzifferbar, da es eben zur Reflexion in der Übertragung kommt. Das Verstehen jedoch ist nicht nur die Kenntnisnahme des Spiegelbildes (die „Reproduktion“, wie wir weiter oben sagten), sondern auch die Erfahrung des Wiedererlebens in der Welt der Übertragung. Die analytische Kenntnis ist „Übereinstimmung“ und die Übereinstimmung ist ein emotionaler — primär nicht-verbaler — Vorgang. Die nicht-verbale Kommunikation ist in ihrer Intensität manchmal „sprechender“ — zumindest in Intimbereichen — als die verbale; der Primärvorgang ist unmittelbar kommunikabel, und dies ist ein Vorzug vor der begrifflichen Sprache. Daher sind gewisse Gestimmtheiten bei den höheren Tieren und den Kleinstkindern unmittelbar verständlich. Sie „verschwinden“ bei reifen erwachsenen Menschen nicht, sie sind vielmehr bei ihnen von der begrifflichen Sprache ergänzt. Die Intimsphäre (die, trotz des ihr anhaftenden Narzißmus, bereits im uterinen Vorleben und im „sozialen Uterus“ der Mutter-Kind-Dyade zwischenmenschlich ist) ist daher „die präverbale Grundlage jeglicher Kommunikationsmöglichkeit“ und der später einsetzenden Grenzziehung zwischen „Eigenem“ und „Fremdem“ (sowie der libidinösen Besetzung des „Fremden“, das dadurch zum „Eigenen“ wird). Innenpersönlicher Kommunikationsraum — die Leibsphäre — wird nach außen dem „Nebemenschen“, dem „Nächsten“ vermittelt Körpersignale zugänglich. Diese Bedeutung der Primärvorgänge für die Kommunikation in der Intimsphäre wurde prägnant von H. und S. Gastager (1973) beschrieben: die Eigenheits-sphäre und die interpersonale Sozialsphäre „sind zunächst als Gestimmtheiten nicht logisch-syntaktisch strukturiert. Zeitliche Beziehungen, Beziehungen der Negation und dergleichen mehr — wie im Traum und auf der analytischen Couch — sind noch nicht explizit ausdrückbar (Primärvorgang im psychoanalytischen Sprachgebrauch). Daher sind Kommunikationsprozesse in ihrem Beziehungsaspekt (Metakommunikation) so schwer logisch zu erfassen und sprachlich (syntaktisch) zu formulieren ... Dennoch bildet dieser metakommunikative

(Beziehungs-) Aspekt die atmosphärische Basis jeder menschlichen Kommunikation, wie es uns in den Begriffen Sympathie und Antipathie längst vertraut ist“. Im Rausch und im Wahn kommt es primär zur Erweiterung beziehungsweise zur Einengung dieser syntaktisch unausdrückbaren Intimsphäre.

Die Rolle der psychoanalytischen Technik liegt nicht in der Unterdrückung dieses Primärvorganges, sondern in seiner Integrierung in die begriffliche Sprache.

Der Widerstand und der Gegenwiderstand dienen dem Wiederholungszwang — d. h. der „wahnhaften“ Einengung in der Übersetzungsarbeit. Sie verhindern das emotionale Erleben der neuen Begegnung. Allerdings: „Der Widerstand des Analysanden besteht solange, als der Analytiker seine Sprache nicht versteht“ — so eine ironische Bemerkung von *Adalbert Wegeler* *.

Nun ist aber auch der Analysand bemüht, die Sprache des Wunsches, die in ihm und durch ihn spricht, zu verschleiern. Jede Sprache ist Ausdruck eines Wunsches und Vermittlung, Verschleierung desselben. Der Analysand, der seinen Wunsch verdrängt hat, weiß aber selbst nicht, was er eigentlich wünscht. Er erwartet dieses Wissen vom Analytiker. Und so trifft die Ironie *Wegelers* ins Schwarze. Da die Psychoanalyse eine ständige Deutung eines Sprachcode ist, muß der Widerstand die Psychoanalyse stets begleiten, besser gesagt, er ist für den psychoanalytischen Prozeß konstitutiv.

Was wirkt dabei in der Psychoanalyse heilend? Wohl das allmähliche und endlich vollzogene Erkennen (Wiedererkennen!) des eigentlichen Wunsches dadurch, daß uneigentliche Chiffrierungen nacheinander als inadäquat und verschleiernd gefallen sind, dies dank der eigenartigen Situation im Prozeß der Psychoanalyse. Diese Situation erlaubt die Widerstands- bzw. die Übertragungssprache im gleichbleibenden „Spiegel“ als phantastisch zu erkennen, sie zu korrigieren und dann als Mitsprechender mit den Menschen zu kommunizieren, um deren Gemeinschaft und sich selbst in dieser Gemeinschaft zu verändern.

Rehabilitation of the „Neurotic Code“ in Psychoanalysis

Igor A. Caruso

The language of the neurotic patient is a deformed one, but, as well as neurotic symptoms, it is also a deformed attempt of communication. It is a particular language, the understanding of which presupposes the knowledge of the underlying „code“ particular to the patient. The ana-

* Persönliche Mitteilung an eine der Mitarbeiterinnen

lysis can be considered as the translation of the private expression in the common understandable language. Indeed this private code of the patient is unconscious to him. He makes use of it without awareness of its origin in childhood situations. The synchronic use of the particular language by the patient will be elucidated in its diachrony by means of free association, showing how the „neurotic code“ of the present is a regressive means of expression belonging of the past.

The author compares the neurotic code to an individual myth which is always uncritically reproduced in the life of the patient (repetition-compulsion). This reproduction is to be cleared up and understood in analysis, the particular code should not be denied but gradually redressed in a new translation. It will be shown how this code has its meaning as a realization of desire.

The interpretation of the neurotic language is possible only in the „experimental“ situation of the transference. The author describes the whole process in three phases going from the deformed language of the neurotic, as a mystified language of the unconscious to its translation in the language of the preconscious reflected in the reproduction. The last phase is the interpretation of the code through the analysis of resistance and transference revealing the childhood context in which the neurotic code arises. Thus the historical and inactual ground of his private language will be shown to the patient permitting him to understand and to redress it into a new adequate language.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): Was ist psychoanalytische Therapie? Unveröffentl. Vortragsmanuskript für 9. Int. Kongreß für Psychotherapie, Oslo, vom 25.—30. Juni 1973
- Caruso, I. A.* (1957): *Bios, Psyche, Person* (Freiburg/München: Alber)
- , *Tanco Duque, R.* (1964): Zum Problem der Psychoanalyse in fremder Sprache. In: *Z. psychosom. Med.* (X)
- Behrens, A.* (1971): *Gesellschaftsausweis. Social Science Fiction* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Blum, E.* (1971): Vorwort zu: *Clauser, G., Vorgeburtliche Entstehung der Sprache* (Stuttgart: Enke)
- Ferenczi, S.* (1964): *Bausteine zur Psychoanalyse* (Bern/Stuttgart: Huber)
- Freud, S.* (1962): Entwurf einer Psychologie. In: *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* (Frankfurt: Fischer)
- , *Abraham, K.* (1965): *Briefe 1907—1926* (Frankfurt: Fischer)
- Habermas, J.* (1969): *Erkenntnis und Interesse* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Hofstätter, P., Hrsg.* (1970): *Lexikon der Psychologie* (Frankfurt: Fischer)
- Höllerer, W., Hrsg.* (1969): *Sprache im technischen Zeitalter 31* (Stuttgart: Kohlhammer)
- Hutter, G.* (1971): *Seminar Caruso, Salzburg*
- Gastager, H. u. S.* (1973): *Die Intimsphäre der Familie* (München: Kindler)
- Lacan, J.* (1966): *Ecrits* (Paris: Editions du Seuil)
- Laffal, J.* (1970): *Sprache, Bewußtsein und Erleben.* In: *Psyche*

- Landolt, St.* (1971): Seminar Caruso, Salzburg
- Lempert, W.* (1972): Leistungsprinzip und Emanzipation (Frankfurt: Suhrkamp)
- Lorenzer, A.* (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion (Frankfurt: Suhrkamp)
- Marcuse, H.* (1965): Kultur und Gesellschaft (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1969): Versuch über Befreiung (Frankfurt: Suhrkamp)
- Merleau-Ponty, M.* (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung (Berlin: de Gruyter)
- Nolte, J.* (1972): Einzelgängergespräche. In: Bücherkommentare I
- Perrez, M.* (1971): Seminar Caruso, Salzburg
- Portela, J. M.* (1970): Algunos aspetos da transferência e da sua utilização terapêutica. In: Estudos de psicanálise IV
- Reik, Th.* (1925): Geständniszwang und Strafbedürfnis (Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanal. Vlg.)
- Sachs, H.* (1911): Über Wort-Neubildungen. In: Zentralblatt f. Psychoanal. I, 5/6
- El-Safti, M. S.* (1972): Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse. Vortrag vor der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) am 15. Dezember 1972, Berlin. In: Dyn. Psychiat. (6) 87—97
- Sperber, H.* (1912): Über den Einfluß sexueller Momente auf Entstehung und Entwicklung der Sprache. In: Imago (I) 5
- Tellenbach, H.* (1968): Geschmack und Atmosphäre (Salzburg: O. Müller)
- Watzlawick, P. et al.* (1971): Menschliche Kommunikation (Bern/Stuttgart/Wien: Huber)
- Wittgenstein, L.* (1971): Vorlesungen zur Ästhetik, Psychologie und Religion (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Igor A. Caruso

Salzburger Forschungs- und Arbeitskreis für Tiefenpsychologie und Psychosomatik
am Psychologischen Institut der Universität

A—5020 Salzburg, Akademiestraße 20

Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse**

Mohamed Said El-Safti *

Durch die Einführung der Grundregel der freien Assoziation wurde die Sprache zum Hauptmedium der Psychoanalyse. In der analytischen Therapie handelt es sich weniger um die Entdeckung von archaischen sprachlichen Strukturen, als vielmehr um die Verwirklichung eines frei sprechenden Subjektes innerhalb einer institutionalisierten Situation. Mit Hilfe eines Mit-Ichs in der klassischen Analyse oder mehrerer Mit-Ichs in der analytischen Gruppentherapie wird das „Sprach-Ich“ des Patienten entwickelt und die neurotische Verstümmelung der Sprache wie auch die Sprachlosigkeit überwunden.

Als *Freud* 1895 die Methode der Hypnose und der Suggestion in der Neurosenbehandlung aufgab und zur Technik der freien Assoziation überging, markierte dieser Schritt den Beginn der Psychoanalyse. Indem der Patient aufgefordert wurde, alle seine Einfälle ohne Ausnahme mitzuteilen, wurde eine Situation zwischen Arzt und Patient geschaffen, die einen verbalen kommunikativen Behandlungsprozeß einleitete. Die fehlende Kommunikation in der Hypnose hatte die Unzulänglichkeit einer Methode deutlich gemacht, welche die Verdrängung nicht aufheben konnte, weil sie sie nur umgehen, aber nicht bearbeiten konnte.

Freuds Technik der freien Assoziation war der Versuch, Widerstand und Übertragung nicht als Hindernis einer Behandlung zu vermeiden, sondern sie als Kernproblem der neurotischen Erkrankung zu erforschen und zu bearbeiten.

Mit der neuen Technik verwandelten sich daher Sinn, Richtung und Ziel des gesamten therapeutischen Unternehmens. Die Katharsis stand nicht länger im Mittelpunkt, an ihre Stelle trat die Erinnerungsarbeit und die Bewußtmachung des Verdrängten im Medium der interpersonellen Kommunikation.

Diese Arbeit konnte nicht im sprachlosen Zustand der Hypnose geschehen, die den Patienten zum Objekt macht, sondern mußte sich im Medium einer sprachlichen Kommunikation vollziehen, an der der Patient als Subjekt teilnehmen kann. In seiner Metapsychologie wird *Freud* später das Prinzip formulieren, daß unbewußtes Material erst durch Verbindung mit den entsprechenden „Wortvorstellungen“ bewußt wird. Das Prinzip war aber bereits in der Praxis der Analyse impliziert.

Von Anfang an ist also die Psychoanalyse mit der Sprache untrennbar verbunden. Sie konstituiert sich sozusagen in dem Augenblick, als sie die Sprache als Medium der Forschung und der Behandlung wählt und mit ihrer Behandlungssituation — dem liegenden, frei assoziierenden Analy-

* Lehranalytiker der DAP, Akademischer Rat an der Freien Universität Berlin

** Vortrag gehalten im Rahmen der wissenschaftlichen Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) am 15. 12. 1972 in Berlin

sanden und dem sitzenden, zuhörenden Analytiker — eine Bühne schafft, deren Basis, wie es scheint, durch die verbale Kommunikation gebildet wird, und auf der Übertragung und Widerstand das Drama des psychischen Konfliktes aufführen. Auf den ersten Blick ergibt sich eine paradoxe Situation.

Das Problem des Patienten ist gerade, daß er sein Erleben und sein Verhalten nicht verstehen kann, daß er dafür keine Sprache findet. Er weiß nicht, warum er gelähmt ist, warum er von Angst überflutet wird, warum er zwanghaft Handlungen wiederholt, die ihn erniedrigen, für die er keine Begründung geben kann und die ihm selbst unsinnig erscheinen.

Auch für den Therapeuten sind die Symptome des Patienten zunächst bizarr und unverständlich. Und wenn er auch aufgrund seiner Erfahrung die Symptomatik des Patienten vielleicht bald entschlüsseln kann, so bleibt doch eine erklärende Mitteilung an den Patienten folgenlos, denn was dieser nicht aussprechen kann, kann er auch nicht hören.

Und obwohl der Patient sozusagen nicht sprechen und die sprachlichen Erklärungen des Therapeuten nicht aufnehmen kann, wird die Sprache zum Medium der klassischen Analyse.

Das Sprechen erscheint uns meist als eine selbstverständliche Tätigkeit. Weil es den größten Teil des menschlichen Lebens beansprucht und umfaßt, stellen wir es kaum in Frage. Zwar geschieht es oft, daß wir unsere Rede für eine Weile suspendieren, um uns oder unseren Partner zu fragen, was wir oder er mit diesem Wort oder jenem Satz meinen; aber kaum wird eine andere Formulierung oder sprachliche Erklärung gegeben, setzen wir ohne weiteres unsere Rede fort. Die Metasprache, die Reflexion über die Sprache, ist in der Umgangssprache enthalten. Der Linguist *Roman Jakobson* (1956) stellt fest, daß sich das Sprechen über Sprache nicht auf die Wissenschaft beschränkt, sondern ein integrierender Teil unserer gewöhnlichen sprachlichen Aktivitäten darstellt. Beobachtungen bei Vorschulkindern haben gezeigt, daß das Reden über die Sprache einen beträchtlichen Teil ihres verbalen Verhaltens ausmacht und daß dies notwendig ist für das Erlernen der Sprache und deren Funktionieren. Das macht aber zugleich die Schwierigkeit einer systematischen Betrachtung der Sprache innerhalb des jeweiligen Verwendungsbereiches deutlich.

In seinen theoretischen Überlegungen über sprachliche Phänomene war das Hauptanliegen *Freuds*, die Äquivalenz der angeblich archaischen Strukturen der ältesten Sprachen mit den unbewußten Strukturen zu zeigen. So greift er die Hypothese *Sperbers* (1912) auf, daß der Ursprung der Sprache in Urworten zu finden sei, die dem Appell des sexuellen Partners dienen. Die Entwicklung der Sprache beruhe zunächst auf einer Bedeutungsverschiebung. In seinem Aufsatz „Über den Gegensinn

der Urworte“ (1910) hebt *Freud* einige Beobachtungen des Sprachforschers *Abel* über die gegensätzliche Bedeutung identischer Worte in alten Sprachen hervor und schließt den Aufsatz wie folgt: „In der Übereinstimmung zwischen der eingangs hervorgehobenen Eigentümlichkeit der Traumarbeit und der von dem Sprachforscher aufgedeckten Praxis der ältesten Sprachen dürfen wir eine Bestätigung unserer Auffassung vom regressiven, archaischen Charakter des Gedankenausdrucks im Traum erblicken. Und als unabweisbare Vermutung drängt sich uns Psychiatern auf, daß wir die Sprache des Traumes besser verstehen und leichter übersetzen würden, wenn wir von der Entwicklung der Sprache mehr wüßten“.

Was *Freud* aber hier hervorhebt, ist nicht die Entwicklung der Sprache, sondern ein vermeintlicher Urzustand der Sprache. Er wendet nicht dieselbe analytische Prozedur auf die Sprache an, wie er sie für den Traum und das Symptom entwickelt hat. Das Wesentliche am Traum ist die Traumarbeit, wie das Wesentliche am Symptom die Symptombildung ist. *Freud* überträgt die primitiven Strukturen, die er an beiden entdeckt hatte, lediglich als Resultat auf die sprachlichen Phänomene.

Freud hat die analytische Arbeit mit der Archäologie verglichen. Ich meine aber, daß er den Vergleich hier zu wörtlich nimmt. Die Enthüllung der frühen Geschichte des Patienten in der Analyse geht von der Gegenwart aus, und die Rekonstruktion der Vergangenheit dient dem Verständnis der Gegenwart. Ich betone das, weil ich gemeinsame Punkte finde zwischen der Praxis der lebendigen Rede und der analytischen Praxis, und ich glaube, daß es kein Zufall ist, daß die Psychoanalyse die Rede zu ihrem Hauptvehikel macht. Die menschliche Rede aktualisiert sich in vorgefundenen Formen. Das meiste, was wir im Alltagsleben sagen, sind Klischees, die nur eine Wiederholung der Vergangenheit sind. In gewissen Augenblicken jedoch übersteigt unsere Rede die alten Schablonen. Etwas Neues wird gesprochen, wenn auch nicht ganz neu: ein neues Arrangement von Sätzen, eine neue Kombination von Worten oder eine neue Modalisierung, Frage, Wunsch usw. Wäre die Sprache nur das, was im Lexikon steht, oder die Summe ihrer Elemente und Formen, so würden wir solche Augenblicke nicht verstehen und wir würden alles Sprachliche als bloße Reproduktion ansehen müssen.

Die paradoxe Situation der Analyse, Sprachloses zur Sprache bringen zu wollen und dem Verstehen zu integrieren, konfrontiert uns mit der Frage, welche Verwandlung die Sprache in der psychoanalytischen Situation erfährt, so daß aus der Sprachlosigkeit des Symptoms Sprache entstehen kann, oder anders, welche Verwandlung die therapeutische Situation dadurch erfährt, daß sie als ihr Medium die Sprache wählt.

Ich möchte mich zunächst dem zweiten Aspekt zuwenden und hier in einem kurzen Exkurs eingehen auf die Erkenntnisse, die uns die moderne Linguistik über System und Funktion der Sprache liefern kann.

„Wir wissen alle“, sagt *Lévi-Strauss* (1971), „wozu eine Sprache dient: zur Mitteilung. Was der Sprachforscher dagegen lange Zeit nicht erkannt hat und was allein die Phonologie ihm zu entdecken erlaubte, ist das Mittel, dank dessen die Sprache zu diesem Ergebnis gelangt. Die Funktion war klar, das System blieb unbekannt.“

Die „phonologische Umwälzung“, die hier angesprochen ist, wurde von *N. Trubetzkoi* (1933) in den folgenden Schritten zusammengefaßt:

Im Unterschied zur alten Sprachwissenschaft, welche die verschiedenen Sprachen sozusagen als historisch gegebene Individuen verstand und deren Geschichte nachzeichnete, ohne sie erklären zu können, geht die moderne Phonologie vom Studium der bewußten Spracherscheinungen über zum Studium ihrer unbewußten Infrastruktur; sie lehnt es ab, die Ausdrücke als unabhängige Entitäten zu behandeln, und macht vielmehr die Beziehungen zwischen den Ausdrücken zur Grundlage ihrer Analyse. Sie erforscht den Zusammenhang zwischen den Ausdrücken als ein System von wechselseitigen Sinnbeziehungen.

Saussure (1931) unterscheidet die Sprache als soziale Institution, d. h. das unbewußte Gesamtsystem der Beziehungen zwischen den einzelnen Ausdrücken, von der individuellen Rede, dem Sprechen des einzelnen.

Die verborgene Institution der Sprache ermöglicht einerseits dem einzelnen erst das Sprechen, die individuelle Rede andererseits aktualisiert erst die Institution und macht sie lebendig.

Das Gesamtsystem der Sprache als Institution erstreckt sich entlang zweier Achsen: einerseits hat es eine Kontinuität in der Zeit und insofern eine historische Dimension mit den Aspekten von Vergangenheit, Entwicklung und Zukunft, andererseits hat die Institution der Sprache eine Ausdehnung in der Gegenwart, bildet sie gleichsam den Horizont dessen, was aktuell überhaupt ausgesprochen werden kann.

Der elementare Vorrat des Gesamtsystems ist relativ begrenzt. Eine Sprache verfügt über durchschnittlich nicht mehr als 40—50 Ausdruckseinheiten.

Diese Ausdruckseinheiten, die Phoneme, werden zueinander in Opposition gestellt, es entstehen Formelemente, die zu Wortteilen und Worten zusammengesetzt werden können, welche wiederum durch Selektion und Kombination eine unendliche Vielzahl von Bedeutungszusammenhängen artikulieren können.

Lassen Sie mich nach diesem kurzen Exkurs zurückkehren zu unserer Ausgangsfrage: Welche Veränderung ergibt sich für die therapeutische Situation, für die Beziehung zwischen Arzt und Patient, aus der Tatsache,

daß die Psychoanalyse die Sprache als Basis und als Medium ihrer therapeutischen Arbeit wählt?

Mit der Technik der verbalen Kommunikation durch die freien Assoziationen des Analysanden tritt die Psychoanalyse in den Rahmen der Institutionen der Sprache ein. Sie teilt damit die Begrenztheit dieses Systems, und ihre Sprache folgt den vorgegebenen unbewußten Strukturen der jeweiligen Sprache. Sie ist abhängig von dem historischen Stand der Sprachentwicklung und dem aktuellen Fundus an Bedeutungszusammenhängen, den die gegenwärtige Ausdehnung des Sprachhorizontes umschließt. Eine wesentliche Einschränkung aber erfährt die Situation durch die Tatsache, daß der Patient selbst durch sein Symptom an der freien Assoziation ja gerade gehindert ist und der Aufforderung zum Sprechen einen starken Widerstand in Form des Schweigens, bzw. des sprachlosen Ausagierens, entgegensetzt.

Durch die Technik der freien Assoziation und das damit verbundene Betreten der sprachlichen Kommunikationsebene also gerät die Psychoanalyse in einen unbewußten sprachlichen Determinationszusammenhang: Sie verläßt damit de facto die Ebene des naturwissenschaftlich-physikalischen Determinationssystems der konventionellen Medizin, in dessen Rahmen *Freud* bis 1895 versucht hatte, das psychologische Geschehen in den Termini einer physiologischen Mechanik zu formulieren, die den ganzen psychischen Apparat notwendig als Maschine und die psychischen Prozesse als Ausdruck unpersönlicher, quasi physikalischer Kräfte konzipieren mußte.

Die therapeutisch-technische Konsequenz einer solchen Konzeption waren die Hypnose und die Abreaktion, die ebenfalls als unpersönliche Kräftedynamik verstanden wurden und den Patienten daher als Objekt dieser Kräftedynamik auffaßten und behandelten.

Indem die Psychoanalyse nun in den institutionellen Zusammenhang der Sprache eintritt, wählt sie als Bezugsrahmen einen Determinationszusammenhang, der zwar ebenfalls weitgehend unbewußt ist — ähnlich wie die Physiologie —, der aber nicht unpersönlich ist, sondern einen unbewußten Zusammenhang von Sinnbezügen, von Bedeutung darstellt.

Als determinierter Zusammenhang hat die Sprache die Qualität des Objektiven, unabhängig vom Subjekt Gegebenen. Als Zusammenhang von Bedeutungen aber hat sie eine subjektive Qualität und kann daher zum Rahmen und zum Medium der Selbsterfahrung werden.

Was hier gemeint ist, wird deutlicher, wenn wir uns dem ersten Aspekt unserer Problemstellung zuwenden und uns fragen, welche Verwandlung die Sprache durch die Technik der freien Assoziation im Rahmen der psychoanalytischen Situation erfährt.

Die klassische analytische Situation, die sich im Rahmen der Institution Sprache ansiedelt, hat selbst einen institutionellen Charakter.

1. Der Analysand sucht den Analytiker während eines langen Zeitraums regelmäßig zum verabredeten Termin auf.
2. Das Analysenzimmer ist von der Außenwelt beinahe hermetisch abgeschlossen.
3. Der Analysand liegt auf der immer gleichen Couch, der Analytiker sitzt hinter ihm im Analysensessel.
4. Die analytische Grundregel, die Aufforderung, ohne Ausnahme alle Einfälle mitzuteilen, bleibt immer gleich.
5. Die Beschränkung des Kontaktes zwischen Analysand und Analytiker auf die verbale Kommunikation ist eine *conditio sine qua non*.
6. Der Analytiker hört zu, die Aufforderung zur uneingeschränkten Mitteilung gilt für den Analysanden.

Die psychoanalytische Situation engt mit all diesen Vorkehrungen den Rahmen der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten auf das äußerste ein. Sie erreicht damit, daß alles, was in dieser Situation geschieht, bedeutsam wird, weil es auf eine Grenze trifft, an der es sichtbar werden kann.

Alle äußeren Bedingungen der Situation sind kontrolliert, allein die Einfälle des Patienten sollen frei von dieser Kontrolle sein. Jedes Hindernis, das hier auftritt, wird bezogen auf die unbewußte Dynamik des Analysanden in seiner Beziehung zum Analytiker.

Die Aufforderung zur freien Assoziation und zur Verbalisierung bezeichnet also gewissermaßen das Arbeitsziel der Psychoanalyse. Indem sie an diesem Ziel festhält und aus der psychoanalytischen Situation alle Momente eliminiert, die diese Arbeit behindern könnten, wird jedes Hindernis, das als Widerstand, als Ausagieren, diese Arbeit hemmt, im Rahmen der analytischen Situation zum Problem, das bearbeitet werden kann.

Mit dieser Beschreibung ist der institutionelle Charakter der Psychoanalyse umrissen, den sie mit der Sprache teilt und der ihr erlaubt, mit der Sprache zu arbeiten.

Ihm steht der Aspekt der unbewußten Dynamik des Sprechens gegenüber, wie sie z. B. in den Fehlleistungen und im Traum zum Ausdruck kommt.

Beide Phänomene eröffneten *Freud* die Möglichkeit, die der Sprache zugrundeliegende unbewußte Dynamik zu studieren. In der Fehlleistung und im Traum kommt der unbewußte Konflikt zum Vorschein und enthüllt Struktur und Dynamik jener psychischen Prozesse, die der Sprache vorhergehen, bzw. sie begründen.

Freud (1900) hat diese Vorgänge als Primärprozeß beschrieben und hat ihre spezifische Logik am Beispiel der Traumarbeit in den Mechanismen der Verdichtung, Verschiebung, Umkehrung und symbolischen Darstellung analysiert.

In seiner Arbeit über den „Gegensinn der Urworte“ (1910) hat er diese charakteristischen Arbeitsweisen des Primärprozesses direkt mit der Praxis der archaischen Sprachen in Beziehung gesetzt. In dieser Arbeit zitiert er seine Beobachtung aus der Traumdeutung: „Höchst auffällig ist das Verhalten des Träumers gegen die Kategorie von Gegensatz und Widerspruch. Dieser wird schlichtweg vernachlässigt. Das Nein scheint für den Traum nicht zu existieren. Gegensätze werden mit besonderer Vorliebe zu einer Einheit zusammengezogen oder in einem dargestellt. Der Traum nimmt sich die Freiheit, ein beliebiges Element durch seinen Wunschgegensatz darzustellen, so daß man zunächst von keinem eines Gegenteils fähigen Elementes weiß, ob es in den Traumgedanken positiv oder negativ enthalten ist.“

Und er schließt aus der von *Abel* beobachteten Tatsache, daß in alten Sprachen eine ähnliche Praxis beobachtet werden könne.

Freud steht ganz in der Tradition der prälinguistischen Sprachwissenschaft, die glaubte, in den alten Sprachen einen Urzustand der Sprache erkennen zu dürfen.

Die oben bereits zitierte phonologische Sprachforschung konnte dagegen zeigen, daß die Doppeldeutigkeit der alten Sprachen nicht ein historisch vergangenes Entwicklungsstadium der Sprache darstellt, sondern die unbewußten Strukturen aller, auch der aktuellen Sprachen, zumindest auf der Ebene der Phoneme, der Ausdruckszeichen, bestimmt, welche die Elementarbausteine aller sprachlichen Systeme bilden.

Trubetzkoi (1933) weist nun darauf hin, daß „die Entwicklung des phonologischen Systems ... in jedem Augenblick durch die Tendenz auf ein Ziel hin geleitet“ wird. Die Sprachentwicklung habe daher „eine Richtung, eine innere Logik, welche die historische Phonologie sichtbar machen muß.“

Was hier für den Gesamtzusammenhang des sprachlichen Systems, die Institution Sprache, ausgesprochen wird, gilt meines Erachtens auch für die Aktualisierung der Sprache durch die individuelle Rede.

Einen bedeutsamen Beitrag zur Erhellung dieses Zusammenhanges leistet die moderne psychoanalytische Erforschung der Ich-Entwicklung in der Gruppe, die deutlich macht, welche Bedingungen die Entwicklung und die Differenzierung der Ich-Funktion der Sprache ermöglichen.

Insofern, als die Sprache der Mitteilung dient, ist sie per definitionem ein Gruppenphänomen, ist sie die Sprache einer Gruppe. Insofern aber als sie der Selbstverständigung dient, ist die Sprache ein individuelles Phänomen. Beide Aspekte verbinden sich in der Aktion des Sprechens. Die individuelle Rede dient zugleich der Mitteilung und der Selbstverständigung; bezogen auf die Ich-Entwicklung heißt das, sie dient der Sozialisation und der Individuation.

Dabei bildet die Sprache, bzw. die Ich-Funktion des Sprechens, jedoch nur einen Ausschnitt aus dem gesamten bewußten und unbewußten Kommunikationssystem der Gruppe.

Bevor das Kind lernt zu sprechen, ist es auf vielfältige Weise in engstem kommunikativen Kontakt mit der Mutter, aber auch mit der umgebenden Gruppe. Die Ebene der Kommunikation bilden hier die von den Mechanismen des Primärprozesses bestimmten unbewußten Phantasiebildungen, deren interpersonelle Qualität *Anzieu* (1971) erst kürzlich überzeugend nachgewiesen hat. Auf der Ebene des Körperkontakts, der für die Ich-Entwicklung des Kindes, für die Ausbildung seines Körper-Ichs entscheidende Bedeutung hat, findet eine intensive Kommunikation statt, die z.B. darin ihren Ausdruck findet, daß die Mutter in der Lage ist, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen, auch wenn das Kind diese Bedürfnisse noch nicht artikulieren kann.

Eine wichtige Ebene der Kommunikation bildet der Blickkontakt, das Erkennen des Gesichts der Mutter, das Lächeln, das beantwortet werden kann, lange bevor dafür ein sprachlicher Ausdruck zur Verfügung steht.

Auch die Stimmen der Mutter und der Umgebung haben für die Kommunikation zwischen dem sich entwickelnden Kind und der Gruppe eine wichtige Funktion.

Das Kind erfährt also sich selbst und seine Umgebung lange Zeit in Form einer nonverbalen Kommunikation, vermittelt derer ein „facilitating environment“ dem Kind das Urvertrauen in seine vorsprachliche Symbiose vermittelt.

Die Entwicklung der Ich-Funktion der Sprache setzt daher ein nonverbales Fundament voraus, das in der Zeit der frühen Symbiose von Mutter und Kind auf der Ebene vor allem der Körpersprache gelegt wird.

Im Lichte dieser Tatsachen wird deutlich, daß die Funktion der Sprache nicht darin besteht, Beziehungen zwischen voneinander isolierten Individuen herzustellen, sondern daß die Ich-Funktion der Sprache immer schon der Interpretation vorhandener, bereits erlebter Beziehungen dient.

Ammon (1970 a, b) hat in einer Reihe grundlegender Arbeiten die verschiedenen Aspekte des Zusammenhanges analysiert, der die individuelle Ich-Entwicklung mit der unbewußten Dynamik der Gruppe verbindet, in deren Rahmen sie stattfindet.

Er hat erst kürzlich (1972) zeigen können, daß auch der individuelle Traum an die Voraussetzung einer spezifischen Gruppensituation gebunden ist, die er als eine Kohärenz der Gruppengrenzen, eine Abgrenzung des Gruppen-Ichs gegenüber der weiteren Umwelt begreift.

Meines Erachtens gilt dies auch für die Entwicklung und die Differenzierung der Ich-Funktion der Sprache. Ich habe bereits oben auf die

linguistischen Forschungen hingewiesen, die den institutionellen Charakter der Sprache als Gesamtsystem deutlich gemacht haben. Auf die Psychodynamik der individuellen Rede bezogen, ergibt sich hier eine Parallele, die weitreichende Konsequenzen eröffnet.

Wir könnten sagen, daß die Institution der Sprache in der Gruppe der Sprechenden sich psychodynamisch konkretisiert und daß es erst die Begrenzung dieser Gruppe ist, welche die Sprache als ein gemeinsames, interpersonelles Medium der Kommunikation und Selbstverständigung erfaßbar macht.

Diese Gruppendimension der Sprache ist unbewußt, sie geht jeder individuellen Rede voraus und bildet ihre Vorbedingungen. Von hier aus ist es auch möglich, das eingangs erwähnte Paradoxon der analytischen Situation und Technik genauer zu verstehen.

Analytiker und Analysand bilden sozusagen eine Kleingruppe, und als diese Kleingruppe aktualisieren sie die unbewußte Gruppendimension der Sprache in Form des erfüllten und aufmerksamen Schweigens, vor dessen Hintergrund Übertragung und Widerstand überhaupt erst als ein Problem sichtbar werden können, als ein Hindernis der Kommunikation, das auflösbar erscheint.

Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn der Patient im Laufe seiner Ich-Entwicklung erreichen konnte, was *Ammon* (1973) das „Sprach-Ich“ nennt, d. h. eine Stufe der Ich-Organisation, in der die Abgrenzung von Mutter und Gruppe auch auf der Ebene der Sprachfunktion im wesentlichen gelungen ist.

Das Schweigen des Patienten, seine Sprachlosigkeit, ist in diesem Fall der Ausdruck eines unbewußt gewordenen Konflikts zwischen den entwickelten psychischen Instanzen und zeigt die Abwehr neurotischer Phantasiebildungen an.

Die Sprachlosigkeit, welche mit den früheren Ich-Krankheiten verbunden ist, hat dagegen eine andere Qualität und erfordert eine andere Behandlung. Die Entwicklung eines Sprach-Ichs wurde hier gar nicht erreicht. Diese Patienten brauchen im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung die Hilfe eines „Sprach-Con-Egos“, das ihnen sozusagen vorschreibt und sie die Möglichkeit des Sprechens überhaupt erst erkennen läßt.

Hier ist insbesondere die Gruppenpsychotherapie indiziert, die dem Patienten erlaubt, auch schweigend an der sprachlichen Auseinandersetzung zu partizipieren.

Die Differenzierung des partiellen Sprachverlusts der Neurose von der gar nicht erst erreichten Sprachmöglichkeit in den psychosenäheren Krankheitsformen erlaubt es uns, den Stellenwert der Ich-Funktion der Sprache für den Prozeß der Ich-Entwicklung versuchsweise näher zu bestimmen.

Wir könnten dann sagen, daß die Ich-Funktion der Sprache der fortschreitenden Differenzierung der in der präverbalen Kommunikation aufgebauten Ich-Grenzen dient.

Die Frage nach der Bedeutung, nach dem Sinn der unbewußten Beziehungen zur Mutter und zur Gruppe kann erst mit Hilfe der Sprache artikuliert und bearbeitet werden.

Insofern wird die Ich-Funktion der Sprache zu einer zentralen Identitätsfunktion, deren Festigkeit und Flexibilität die Voraussetzungen bildet für die Abgrenzung von der Gruppe und die kreative Kommunikation mit ihr.

Language in Psychoanalysis

M. S. El-Safti

Freud's introduction of the fundamental rule of free association shaped a new situation between physician and patient, in which language became the only instrument of the cognitive and the therapeutic work in psychoanalysis. Whereas *Freud's* general considerations about language remained within the historical framework of the old nineteenth century linguistics, who aimed at the discovery of archaic states of language corresponding to a so-called primitive mind, the effective exercise of analysis leads to a new way in conceiving of the role of language in psychoanalytic treatment, which is more in accordance with the results of the modern linguistic studies.

Since *Saussure's* distinction between 'langue' (language) as institution or systems and 'parole' (speech) as the living operation of the individual, we know that the system of language-signs is an unconscious one consisting merely of distinctive units, while speech is the actualization and materialization of these unconscious structures. In the analytic situation, in which speech is the only vehicle of communication between two persons, we can observe this dynamic process of the realization in the hic et nunc of unconscious structures underlying the manifest objective situation.

Analytic group therapy shows at best the dynamics between the individual speech and the language as a collective group-phenomenon and their intertwining in the speech as an interpersonal communication. The liberation of the individual from collective 'clichés' as well as from speechlessness is realized through the organization of the ego and the formation of a 'linguistic ego' in interaction with other group members.

Literatur

- Ammon, G.* (1970 a): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1970 b): Ich-Struktur und Gesellschaft. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 65—76
 — (1972): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. Vortrag gehalten auf dem IV. Int. Forum für Psychoanalyse, New York. In: *Dyn. Psychiat.* (6) i. Vorb.
 — (1973): Was ist psychoanalytische Therapie? Unveröffentl. Vortragsmanuskript für 9. Int. Kongreß für Psychotherapie, Oslo, 25.—30. 6. 1973
- Anzieu, D.* (1971): Psychoanalytische Interpretation in großen Gruppen. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 108—122
- Freud, S.* (1900): Die Traumdeutung. *Ges. W.*, Bd. II/III (London: Imago)
 — (1910): Über den Gegensinn der Urworte. *Ges. W.*, Bd. VIII, a.a.O.)
 — (1913): Das Interesse an der Psychoanalyse. *Ges. W.*, Bd. VIII, a.a.O.)
- Jakobson, R., Halle, M.* (1956): *Fundamentals of Language* (den Haag: Mouton)
 — (1969): *Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Lévi-Strauss, C.* (1971): *Strukturelle Anthropologie* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Saussure, F.* (1931): *Vorlesungen über allgemeine Sprachwissenschaft* (Berlin: de Gruyter)
- Sperber, J.* (1912): Über den Einfluß sexueller Momente auf Entstehung und Entwicklung der Sprache (Wien: Imago 1)
- Trubetzkoi, N.* (1933) *La Phonologie actuelle*. In: *Psychologie du langage* (Paris: Alcan)

Adresse des Autors:

Akad. Rat M. S. El-Safti
 1 Berlin 31, Schwarzbacher Straße 5

Deutsche
 Akademie für
 Psychoanalyse (DAP) e.V.

Deutsche
 Gruppenpsychotherapeutische
 Gesellschaft (DGG) e.V.

V. Internationales Symposium für Analytische Gruppen- therapie 1.-7. August 1973

in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut
 Kumreut bei Passau im Bayerischen Wald

Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie von Psychosen

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. lädt Psychoanalytiker und Psychiater mit Erfahrung in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit, fortgeschrittene Ausbildungskandidaten sowie Ärzte und klinische Psychologen ein.

Zusätzliche Informationen gibt das
 Organisationskomitee für das V. Internationale Symposium für Analytische Gruppen-
 psychotherapie Stelzerreut 1973

1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, Telefon: (03 11) 8 83 92 24 / 8 83 93 24

Die gestörte Mutter-Kind-Beziehung als Ursache psychosomatischer Erkrankungen aus sozialpsychologischer und psychoanalytischer Sicht

Karin Ammon*

Wenn das Kind eine Körper- und Ich-Identität erlangen soll, darf eine kontinuierliche Interaktion mit der Mutter in der frühesten Entwicklungsphase des Kindes nicht fehlen. Das Kind lernt sonst nicht seine Bedürfnisse zu differenzieren — die Folge ist eine Disposition zu psychosomatischen Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit untersucht, wieweit eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung über den individualpsychologischen Konflikt hinaus Probleme der umgebenden Gruppe und im erweiterten Sinn der Gesamtgesellschaft widerspiegelt. Als klinische Beispiele werden Fettsucht und Diabetes herangezogen. An ihnen soll gezeigt werden, daß soziale Faktoren wie Konformismus, Entfremdung und Wettbewerbsideologie bis in den frühesten Bereich der Mutter-Kind-Beziehung eindringen und zur Entstehung psychosomatischer Erkrankungen beitragen.

Die sozialpsychologische Fragestellung beim Zustandekommen psychosomatischer Erkrankungen

Die Erforschung psychosomatischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren interessante und überraschende Ergebnisse geliefert. Diese besitzen jedoch oft noch hypothetischen Charakter und lassen sich durch weitere Forschung wieder in Frage stellen. Insofern dürfen viele der hier vorgetragenen Thesen zunächst nur als Diskussionsstoff verstanden werden und nicht schon als voll abgesicherte Ergebnisse. Die vorliegende Arbeit geht von der Überlegung aus, daß psychosomatische Erkrankungen eng mit einer mißlungenen Mutter-Kind-Beziehung in der pränatalen Phase zusammenhängen. In dieser Entwicklungsstufe ist das Ich des Kindes im Sinne *Freuds* vor allem ein „Körper-Ich“.

Freud weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Vorstellung des eigenen Körpers durch das Wechselspiel zwischen innerer und äußerer Wahrnehmung erlangt wird. Damit meint er den Konflikt zwischen körperlichen Bedürfnissen und den Forderungen der kulturellen Umwelt.

Man könnte heute die Vorstellung dahingehend erweitern, daß zur Entwicklung einer Körper- und Ich-Identität eine kontinuierliche Interaktion mit der Mutter in der frühesten Mutter-Kindbeziehung notwendig ist. Das Kind ist anfangs nicht in der Lage, sich selbst von der Mutter zu differenzieren, seine körperlichen Bedürfnisse zu erkennen und Verhaltensmuster zu zeigen, die zur Befriedigung führen. In diesem unreifen Stadium kann es nur durch Signale auf ein undefiniertes körperliches Mißbehagen und emotionale Spannungen hinweisen. Von der Art, wie

* Dr. med., wiss. Assistentin am Klinikum Westend der Freien Universität Berlin

die Mutter auf die Signale und Wünsche des Kindes eingeht, hängt es ab, ob das Kind lernt, seine Empfindungen und Bedürfnisse zu differenzieren. Wenn das Kind in seinen anfänglich diffusen Willensäußerungen nicht unterstützt wird oder wenn ihre Beantwortung mangelhaft und widersprüchlich ist, dann ist das Kind nicht in der Lage, eine Körperidentität zu entwickeln. Damit ist nach *Ammon* (1971), *Bruch* (1971) und anderen die Disposition zu einer psychosomatischen Erkrankung gegeben: in der frühesten Entwicklungsphase des Kindes, in der Zeit der beginnenden Ich-Entwicklung, entsteht in der Symbiose mit der Mutter eine Lücke im Ich, die durch das psychosomatische Symptom gefüllt werden soll. Mit dieser Funktionsstörung ist aber auch ein Weg gefunden, doch noch die gewünschte Zuwendung von außen zu erhalten. Gleichzeitig entwickelt sich in dem erkrankten Organ jene tiefe Empfindung, die das nicht erlernte Körperempfinden ersetzen soll. Das psychosomatische Symptom läßt sich so als erneuter Kommunikationsversuch des Ichs mit der Mutter und dem eigenen Körper deuten.

Die gestörte Mutter-Kindbeziehung, die die psychosomatische Erkrankung herbeiführt, kann aber nicht inselhaft individuell verstanden werden. Die Mutter begegnet dem Kind ja nicht nur als Einzelperson, sondern als Teil einer Gruppe, in erster Linie der Familiengruppe, im erweiterten Sinne auch der Nachbarschaft und der Berufskollegen. Wie die Mutter mit dem Kind kommuniziert, hängt davon ab, wie sie selbst mit ihrer Gruppe kommunizieren kann.

Doch auch das Gruppenverhalten kann nicht isoliert betrachtet werden, denn Gruppen beziehen ihre Maßstäbe nicht aus dem leeren Raum, sondern stehen in einem komplizierten Normengeflecht von Erwartungen, die die Gesellschaft an sie heranträgt. Aus der Beobachtung, daß im 20. Jahrhundert ein erheblicher Anstieg der psychosomatischen Erkrankungen zu verzeichnen ist, läßt sich also folgern, daß die Ursache nicht allein in der individualpsychologischen Beziehung von Mutter und Kind zu suchen ist, auch nicht allein in der Gruppendynamik der Familie und ihren unmittelbaren Außenweltkontakten, sondern als dritter Themenkomplex wären soziale Wandlungen zu betrachten. Vor allem haben wir hier zu fragen, wieweit die veränderte Stellung von Vater und Mutter Mitte des 20. Jahrhunderts den Anstieg psychosomatischer Erkrankungen begünstigt. Eine weitere Frage wäre, auf welche Weise die heute so viel zitierten sozialpsychologischen Erscheinungen wie zunehmende Entfremdung, Verdinglichung, Konformismus und die zwangsneurotische Sucht nach Reglement eine krankmachende Wirkung ausstrahlen. An Hand von zwei klinischen Beispielen — Fettsucht und Diabetes — soll gezeigt werden, in welchem Maße soziale Einflüsse und Normen für eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung in der prägenitalen Phase verantwortlich sind. Dabei kann kein Anspruch erhoben werden, die Ergebnisse zu verabsolutieren. Auch bleibt die Frage offen, wann negative soziale Ein-

flüsse zu einer psychosomatischen, wann zu einer psychotischen Erkrankung oder einer Perversion führen. Eine Ausweitung des Problems in diese Richtung würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Erstes Fallbeispiel: Fettsucht

Das erste Beispiel bezieht sich auf eine Arbeit von *Hilde Bruch* und *Grace Touraine* (1971), in der fettsüchtige Kinder und ihre krankmachende Umgebung untersucht werden. Es handelt sich um einen achtjährigen Jungen, dessen Eltern beide jüdisch sind und die ursprünglich kinderlos bleiben wollten. Sie sagten: „Unsere Vorstellung von der Ehe war, zusammenzuleben in einem möblierten Raum und zu arbeiten.“ Der Vater wanderte mit 17 Jahren in die USA ein. Er war unsicher und schlecht vorbereitet auf das Erwerbsleben. Die Mutter kam mit 15 Jahren nach Amerika. Sie lebte bis zu ihrer Heirat einsam, war ebenfalls sehr unsicher und wechselte ständig ihren Arbeitsplatz, da sie außerstande war, ein Gewerbe zu erlernen. Sie ist eine primitive, egozentrische Frau, die nur über sich selbst sprechen will und reichlich selbstmitleidig weint. Das Heim ist voll Disharmonie und bitterem Zank. Beide Eltern geben zu, daß die Heirat ein Fehler war, aber es bestand keine ausreichende Sicherheit für sie, um getrennt zu leben. Der Vater erzählt, daß er seine Stellung verloren hatte und sich finanziell ruinierte, weil er seinen Beruf aufgab, als sein Kind krank wurde. Die Mutter erklärt: „Er (der Sohn) ist unser Leben“, und mit dem nächsten Atemzug sagt sie: „Er hat unser Leben ruiniert“. Sie lebt in ständiger Angst um seine Gesundheit, aber wenn sein Verhalten sie irritiert, heißt es: „Ich könnte ihn umbringen“. Sie verweigert es, mit dem Arzt zusammenzuarbeiten, um dem Kind zu Unabhängigkeit zu verhelfen. Sie kann den Gedanken an einen Gewichtsverlust des Kindes nicht ertragen. Das würde bedeuten, daß es nicht ordentlich ernährt ist, wo sie doch jedes Opfer bringt, damit ihr Kind das beste Essen bekommt. Jede gewöhnliche Kinderkrankheit bedeutet für die Eltern eine Tragödie, und in ihrer unbegrenzten Angst opfern sie alles für seine Gesundheit. Sie verurteilen sich gegenseitig, das Kind zu vernachlässigen. Die Mutter zieht den Jungen immer noch an, kniet sich selbst hin, um ihm in die Söckchen und Schuhe zu helfen. Bis zu seinem 7. Lebensjahr fuhr sie ihn im Kinderwagen spazieren und trug ihn die Treppe hinauf und hinunter mit der Begründung, er habe „ein schwaches Herz“, was sich nach mehrfacher Untersuchung nicht bestätigen ließ. Es ist das einzige Kind. Aber kurz nach der Geburt des Kindes hat die Mutter einen Gummibaum gepflanzt, dem sie dieselbe Pflege angedeihen läßt wie dem Kind, sogar Milch bekommt er. Das stille bewegungslose Wachstum der Pflanze bedeutet ihr mehr Genugtuung für ihr Aufopfern als das Heranwachsen des Sohnes, der von ihr wegstrebt. Die Pflanze hat sich inzwischen zu solchen Dimensionen ausgedehnt, daß

sie die Familie im Wohnzimmer beengt. Es ist bezeichnend, daß das Wohnzimmer gleichzeitig als Schlafraum für den Patienten dient, der Pflanze also mehr Möglichkeit zur Ausdehnung zugestanden wird als ihm.

Bei der Familiendynamik des vorliegenden Falles fällt auf, daß es sich um eine vollständig mißlungene Kommunikation der Familienmitglieder handelt. Die Eltern haben untereinander keinen Kontakt. Verständigung finden sie nur über das Kind, indem sie sich gegenseitig mangelnde Fürsorge vorwerfen. Deutlich wird die destruktive Tendenz, die sich hinter der vermeintlichen Fürsorge verbirgt. Fürsorge bedeutet hier nämlich, das Kind durch übertriebene Pflege in Abhängigkeit zu halten. Selbstentfaltung wird gefürchtet. Jede Äußerung eigener Bedürfnisse wird von den Eltern als Bedrohung ihrer eigenen Existenz empfunden. Selbst schwach, haben sie in ihrem Kind einen noch Schwächeren, an dem sie ihre eigenen Spannungen ausleben können. Was die Eltern ihrem Kind zugestehen möchten, zeigt sich in der Pflege des Gummibaums, dessen Sprachlosigkeit und Anspruchslosigkeit vor allem die Bedürfnisse der Mutter erfüllt. Dabei handelt es sich bei diesem Kompensationsmechanismus nicht um einen Einzelfall. Vielmehr beschreiben *Bruch* und *Touraine* in ihren Studien, daß in fast allen Wohnungen der Eltern fettsüchtiger Kinder Gummibäume wuchsen. Eine weitere Gemeinsamkeit liegt darin, daß die Mütter ihre Kinder ungeachtet ihres Alters noch anzogen, manche wurden noch lange mit Brei und Löffel gefüttert. Auch Flaschenernährung war in vielen Familien noch weit über die normale Zeit hinaus üblich, wobei Brusternährung meist völlig fehlte. Dies zeigt, daß diese Mütter im Grunde nicht bereit waren, etwas von sich selbst zu geben. Die körperliche Nähe des Kindes wird vielmehr gefürchtet und deshalb auch verwehrt. Ebenso wird aber auch der Versuch des Kindes, sich von der Mutter zu entfernen, verhindert, weil es in strikter Abhängigkeit bleiben soll. Da das Kind so in seinem Kommunikationsbedürfnis ungebührlich eingeengt wurde, läßt sich das psychosomatische Symptom gruppenspezifisch auch als Kommunikationsversuch verstehen, als Hilferuf nach Verständnis und Zuwendung.

Diese Beziehungslosigkeit der Kleinfamiliengruppe untereinander, die nur über eine Scheinbeziehung über das Kind zusammengehalten wird, ist ebenso keine Besonderheit des vorliegenden Falls. Vielmehr beschreiben *Bruch* und *Touraine* gerade diese Eigenschaft als das eigentliche Kennzeichen bei den Müttern fettsüchtiger Kinder. Das kontaktarme Verhalten beschränkt sich dabei nicht auf die eigene Familiengruppe, sondern wirkt sich auch in ihrem Verhältnis zur umgebenden Gesellschaft aus. Soziale und kulturelle Kontakte reichen im allgemeinen nicht über die Grenze der engsten Familie hinaus.

Man könnte hier auch an die Ergebnisse im Bereich der Schizophrenieforschung von *Wynne*, *Ryckoff* (1969) und anderen denken, die in diesem Zusammenhang von einer Pseudogemeinschaft sprechen. Diese be-

inhaltet Mechanismen, die die Familienmitglieder daran hindert, eine eigene Identität innerhalb und außerhalb der Rollenstruktur der Familie zu entwickeln. Eine Pseudogemeinschaft verhält sich so, als wäre die Familie ein selbstgenügsames System mit völlig abgeschlossenen Grenzen.

Es gilt nun zu fragen, ob diese mißlungene Kommunikation innerhalb der Familie nicht im weiteren Rahmen gesamtgesellschaftliche Probleme spiegelt. Der Gedanke liegt nahe, daß hier der Status der Einwandererfamilie eine große Rolle spielt. Als jüdische Einwanderer haben sie es schwer, sich in die völlig anders gearteten sozialen Bedingungen und Erwartungen zu integrieren. Sie gewinnen kaum Kontakt zu ihrer Außenwelt und geraten in eine Isolierung, die sie in ihren eigenen Familien reproduzieren. Der Einwandererstatus erklärt aber nur bedingt, weshalb es bei dem Kind zu dem psychosomatischen Symptom Fettsucht kommen mußte. Es muß noch genauer gefragt werden, mit welchen anders gearteten Normen die Familie zusammenstieß. Sie ist mit einer Wettbewerbsgesellschaft konfrontiert, wie sie inzwischen zum Leitbild aller westlichen Industriestaaten wurde: im Gegensatz zu vorindustriellen Gesellschaften wird hier mangelnde Anpassung und fehlender Erfolg als persönliches Versagen gewertet. Bei aller propagierten Chancengleichheit heißt das: wenn eine Familie nicht so erfolgreich angepaßt ist wie die andere, so gilt sie als unfähig. Bei dieser Sozialstruktur besteht schon prinzipiell der Ansatz zu neurotischen Fehlhaltungen, wobei das persönliche Schicksal eines Neuzuwanderers die Krise erheblich verstärken kann.

Auch eine Normalfamilie kann von Kontakten mit der sozialen Gruppe weitgehend ausgeschlossen sein durch die Konkurrenz und Wettbewerbssituation unseres Berufslebens. Kommunikation im Berufsleben bedeutet in erster Linie eine Kampfsituation, da man häufig nicht mit seinem Kollegen arbeitet, sondern gegen ihn — man muß ihn überrunden. „Leben und Kampf“ sind in unserer Wettbewerbssituation gleichgesetzt, und es ist deshalb kein Zufall, wenn sich gerade Familien mit besonderer Lebensangst, mit Angst vor dem Kampf, von einer Kommunikation mit der Gesellschaft zurückziehen und ihre Frustrationen nur am schwächsten Mitglied der Familie selber ausagieren.

Noch eine weitere Konfliktsituation ist zu beachten, die vor allem die Mutter mit den Normen der Gesellschaft austragen muß. Wenn die Mutter ihre Schuldgefühle dem Kind gegenüber durch übertriebene Essenzuwendung abreagiert, so handelt sie hier nicht so sozial unangepaßt, wie es auf den ersten Blick erscheint. Sie pervertiert vielmehr gesellschaftliche Normen, die im Allgemeinverständnis als positiv gelten. Ein hervorstechendes Merkmal unserer westlichen Zivilisation besteht darin, daß Heilung von Konflikten auf mechanischem Weg vorstellbar ist. Man denke hierbei nur an die Suggestion der Reklame, die einem tagtäglich vorgaukelt, daß das Verschwinden von Mundgeruch mit-

menschliche Beziehungen reparieren oder daß Vitamin-C-Zufuhr angeschlagene Arbeitsmoral wiederherstellt. Hier zeigt sich, wie der Glaube an die technische Regulierbarkeit und Heilbarkeit aller Konflikte schon ins Triviale abgesunken ist. Doch wird gerade auf dieser trivialen Ebene die Norm häufig von breiten Volksschichten verinnerlicht. Wenn also eine hilflose Mutter ihre Schuldgefühle durch übertriebene materielle Pflege abreagiert, braucht sie sich nicht krank zu fühlen, denn sie befindet sich in Übereinstimmung mit einer allgemeinen Tendenz. Krank ist sie auch nicht, weil sie auf materielle Zuwendung vertraut — dies könnte ja noch im Allgemeinverständnis als „gesund“ gelten — sondern weil sie diese materielle Zuwendung an die Stelle von Liebeszuwendung setzt und der Meinung ist, damit sei es genug. Es tritt etwas Paradoxes ein: die Mutter, mit schwerwiegenden Problem beladen, greift als Lösung auf gesellschaftliche Verhaltensweisen zurück — und damit wird das Kind erst richtig krank. In diesem Fall wird es fettsüchtig und vital-schwach, da es nicht gelernt hat, seine Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen. Es wird behandelt wie ein „Ding“, wie der Gummibaum, und damit seiner eigentlichen Bestimmung entfremdet. Da die Mutter kulturell desorientiert und verunsichert ist und so nicht mehr ihren persönlichen Bedürfnissen vertraut, muß sie das Opfer solcher „Verdinglichung“ werden. Sie ist nicht mehr empfänglich für Signale, wie sie der eigene Körper oder das Gefühl eingeben, sondern nur noch für Signale von außen: Einflüsterungen und sozialen Manipulationen. *Erich Fromm* (1955) beschreibt diesen Zustand von „Selbstentfremdung“ in seinem Buch „The sane society“: Die Krise unseres Jahrhunderts besteht für ihn darin, daß sich der Mensch nicht mehr als aktives Zentrum seines Kräfte reichums empfindet, sondern als ein armseliges „Ding“, abhängig von Mächten außerhalb seiner selbst. *James Halliday* (1970) weist in seinem Aufsatz „Industriegesellschaft als psychosoziale Umwelt“ darauf hin, daß die Zunahme der psychosomatischen Erkrankungen auf eine zunehmende Entfremdung der Gesellschaftsstruktur zurückzuführen ist. Entfremdung reicht bis in den Bereich der Mutter-Kindbeziehung und betrifft hier vor allem die präödpale Phase des Kindes.

Ausgang des 19. Jhdts. war in breiten Bevölkerungsschichten die physiologische Umgebung des Kindes schlecht, dagegen blieb die psychologische Entwicklung in der oralen und analen Phase ungestört. Auf Fütterungszeiten wurde beim Brustgeben kein Wert gelegt. Man richtete sich hier nach den Bedürfnissen von Mutter und Kind. Vor dem 2. oder 3. Lebensjahr machte man von Sauberkeitstraining kein Aufhebens, denn infantile Inkontinenz bedeutete für jene Generation vor der Einführung sanitärer Anlagen wenig. Auch auf Möbelausstattung und empfindliche Fußbodenbeläge legte man im Gegensatz zu heute wenig Wert. Das Kind hatte so die Freiheit, zum Vergnügen bei passender Gelegenheit zu defäzieren und auch Objekte auszukundschaften und zu manipulieren.

Das hieße von unserem Standpunkt aus, daß die Mutter hier in der Interaktion mit dem Kind die Signale und Wünsche des Kindes verstand und adäquat beantwortete. Das Kind konnte so eine körperliche Identität in der prägenitalen Phase entwickeln.

Die wissenschaftlichen hygienischen Erkenntnisse des beginnenden 20. Jahrhunderts bedeuteten einen völligen Wandel in der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Der Körperkontakt zwischen Mutter und Kind war auf ein Minimum reduziert, da es Brusternährung nur noch selten gab. Auch wurden die Fütterungszeiten nicht mehr vom biologischen Rhythmus, sondern vom Stundenplan bestimmt. Mit dem Sauberkeitstraining begann man nicht selten am 2. oder 3. Tag nach der Geburt. Pünktlich wurden kleine Popos auf kleine Töpfe gesetzt. Die Bevölkerung war sich plötzlich bewußt geworden, wie negativ Schmutz und Fäkaliengerüche waren. Dieses an und für sich positive neue Bewußtsein, durch das Kindersterblichkeit und Kinderkrankheiten drastisch eingedämmt wurden, hatte aber Folgen, die man nicht oder nur wenig voraussehen konnte. Der kreativen Selbstentwicklung des Kindes wurden in der prägenitalen Phase mehr und mehr Hindernisse in den Weg gelegt. Das zeigt sich auch an dem zunehmenden Wohlstand, der in weiten Kreisen eine bessere Möbelleinrichtung möglich machte. Kostbare Teppiche und Möbel hinderten von nun an immer mehr das Kind, die Objekte in seiner Umgebung ungestört auszukundschaften. Das Ergebnis solcher Einengungen ist eine tiefgreifende Entfremdung in der Mutter-Kind-Beziehung. Da die Entfremdung schon in die prägenitale Phase eingreift, wo das Kind lernen soll, seine körperlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern, muß es seine Konflikte durch körperliche Dysfunktionen ausagieren. Unsere heutige Zeit bietet so mehr denn je Voraussetzungen für psychosomatische Erkrankungen, die das frühe narzißtische Defizit an Zuwendung füllen sollen.

Zweites Fallbeispiel: Diabetes

Bei dem zweiten Beispiel handelt es sich um ein Mädchen, dessen Mutter sich durch Strenge und Machtbedürfnis auszeichnete. Der Vater war eher weich und verständnisvoller für die Bedürfnisse des Kindes, aber zu schwach, um das Kind gegen den Einfluß der Mutter zu schützen. Das Einzelkind war nach Aussage der Mutter „sehr gut dressiert“ und „schon immer sehr gehorsam“. Die Mutter war schon immer sehr streng mit den Eßgewohnheiten des Kindes und bestrafte es hart, wenn es unerlaubt Süßigkeiten zu sich nahm. Am liebsten hielt sie ihre kleine Tochter zuhause, da sie fürchtete, sie könne ihre Kleider beschmutzen. Auch liebte sie den Umgang ihres Mädchens mit anderen Kindern nicht, die ihrer Meinung nach schlechte Sitten hatten, nicht so sauber waren wie ihre kleine Tochter und unanständige Ausdrücke benutzten.

Im Alter von 4 Jahren wurde ein Diabetes diagnostiziert. Die Mutter war der Meinung, daß die Durchführung des Therapieprogramms keine Schwierigkeiten bereiten würde. Die Aufgabe war geradezu eine Herausforderung für sie. So bemerkt sie: „Wenn der Urin sauber (zuckerfrei) ist, so kann ich ihn auch sauber halten“. Das Mädchen fiel jetzt auf durch zunehmende Ängstlichkeit und Unterwürfigkeit, was darauf zurückzuführen war, daß die Mutter jetzt Gelegenheit hatte, ihre Dressur bei der Erziehung zu verstärken. So verlangte das Kind z. B. nie Dinge zu essen, die nicht auf seiner Diät standen. Das Mädchen mußte alles, was es zu sich nahm, wiegen. Die Mutter verheimlichte dem Kind, daß es Diabetes hatte und erklärte die Änderungen der Eßgewohnheiten als notwendig, damit das Kind nicht dick würde. Als weiteren Grund für die Geheimhaltung gab sie an, sie wünschte nicht, daß ihre Tochter sich „anders“ fühlte. Auch die Nachbarn wußten nichts davon, und auf diese Weise war ständig Überwachung nötig, um zu verhindern, daß das Kind unerlaubte Nahrung von anderen Kindern bekam. Die Mutter gab sich große Mühe, ihre Tochter zu unterhalten und in ihrer Nähe zu beschäftigen. Sie glaubte sich jetzt noch eher berechtigt, das Kind von Außenkontakten fernzuhalten.

Unter der strengen und rigiden Kontrolle der Mutter war der Diabetes einigermaßen gut eingestellt, aber das Kind wurde zunehmend unterwürfig, unlustig und antriebsarm.

Psychodynamisch fällt hier auf, daß sich die Mutter vollständig weigert, die Bedürfnissprache des Kindes zu verstehen und zu unterstützen. Es fehlt die Atmosphäre des „facilitating environment“, d. h. die verstehende erfahrungsfähige Gruppe, die als Voraussetzung für eine gelingende Ich-Entwicklung anzusehen ist. Hierauf haben *Ammon, Erikson, Winnicott* (1969) und andere hingewiesen. Es handelt sich um eine ausgesprochen destruktive Aggressionsdynamik der Familie. Die feindlich verbietende Mutter unterdrückt die als bedrohlich empfundenen Bedürfnisse des Kindes nach Zuwendung. Das durch die Dressur in seinen Triebbedürfnissen frustrierte Kind kann eine Lösung seiner Konflikte nur noch im psychosomatischen Symptom versuchen. So kann der Ausbruch der Krankheit als Protest gegen das Kommunikationsverbot verstanden werden und gleichzeitig als verzweifelter Versuch, mit der Mutter doch noch zu kommunizieren. Bezeichnend für die destruktive Familiendynamik ist es, daß das psychosomatische Symptom im Gegenteil dazu dient, die Dressur durch Kanalisierung der Triebansprüche des Kindes zu verstärken. Die gesteigerte Aggression gegen das Kind soll die Schuldgefühle mildern, die durch die Triebunterdrückung entstanden.

Ähnlich, wie es bei dem fettsüchtigen Kind der Fall war, hat sich hier die Kleinfamilien-Gruppe in ihrem Verhalten der Kritik der Öffentlichkeit entzogen, wodurch der Konflikt nicht als Gruppenkonflikt bearbeitet

werden kann. In ihrer unkontrollierbaren Isoliertheit spiegelt die Familiengruppe um so mehr Tendenzen der Gesellschaft wider.

Bei der Darstellung des fettsüchtigen Kindes haben wir zwei Dinge gesehen: Einerseits entzieht sich die Familie der Kommunikation und Kontrolle der Gesellschaft, weil sie sich vor ihren aggressiven Normen fürchtet. Andererseits greift sie auf sozial anerkannte Normen zurück, indem sie materielle Zuwendung gibt, anstatt dem Kind eine Befriedigung seiner Bedürfnisse zu ermöglichen. Schuldgefühle braucht die Familie wegen der Krankheit des Kindes nicht zu haben, da sie mit ihrer Norm angepaßt ist an eine allgemeine Moral. Ähnliches finden wir bei dem Fall des diabetischen Kindes. Auch hier greift die Mutter auf ein von der Gesellschaft angebotenes Heilmittel zurück, nämlich auf die Erwartung, daß Disziplin und Selbstbeherrschung Gesundheit garantiert. Gleichzeitig entzieht sie sich aber der Kontrolle der Gesellschaft, deren aggressive Normen sie im Grunde fürchtet. Ihre Frustrationen lebt sie um so aggressiver an dem Kind aus. Die Äußerungen kindlicher Bedürfnisse und Impulse werden unverhältnismäßig eingeengt, so daß das Kind nicht lernen konnte, seine Erfahrungen und Bedürfnisse selbst zu steuern. Es sollte ein braves und gleichzeitig tüchtiges Kind werden. Die Mutter möchte aus ihm in übersteigerndem Maß das machen, was sie selber ist, nämlich eine perfekte Konformistin, die dem Leitbild vom sittsamen und sauberen Kleinbürger folgt. Sehr viel unausgelebte und angestaute Aggressivität wird hier auf dem schwächsten Glied der Familie unter dem Vorwand von Erziehung abgeladen.

Bezeichnend ist hierbei, daß sich die Mutter nicht erst dann auf diese Mittel besinnt, als der Diabetes ausbricht, sondern das Kind war schon vom frühestem Stadium an einer Dressur unterworfen. Es ist zu vermuten, daß die frühzeitige Dressur das Kind in seinen Grundbedürfnissen nach Kommunikation frustrierte, seinem Körper entfremdet wurde, wodurch eine Disposition zu einer psychosomatischen Erkrankung gegeben war. Die verschärfte Dressur nach Krankheitsausbruch diente der Mutter dazu, jetzt erst recht ihre Konflikte auszuleben, indem sie sich berechtigt fühlte, ihre rigiden Maßnahmen zu verstärken. Ein einmaliges Diätvergehen des Kindes wurde z. B. mit monatelangem Entzug der wöchentlich erlaubten Eisspeise bestraft. Vordergründig gesehen hatte sie Erfolg. Der Diabetes konnte in seinen Auswirkungen eingedämmt werden. Daß aber das Kind durch das übertrieben starre Reglement immer affektärmer, unterwürfiger und ängstlicher wurde, störte die Mutter bezeichnenderweise nicht. Affektarmut, Unterwürfigkeit und Ängstlichkeit können aus dem Blickwinkel einer autoritären Erziehung positiv interpretiert werden als Selbstbeherrschung, Anpassungsfähigkeit und Vorsicht. Es sind Eigenschaften, die die autoritären Verhältnisse und Leistungsanforderungen des täglichen Lebens besser ertragen lassen sollen. Das Beispiel zeigt, wie somit

die soziale Perspektive bestimmt, was krank ist und was nicht — und wie andererseits der Rückgriff auf anerkannte soziale Normen erst krankmachend wirken kann, wenn die Maßstäbe selbst fragwürdig sind. Die Mutter bringt sich aber mit ihrer Haltung in einen unheilbaren Widerspruch. Je mehr sie das Kind überwacht und diszipliniert, um so mehr beraubt sie es seiner Selbständigkeit und Fähigkeit, im Leben eigenverantwortlich zu handeln, d. h. die Mutter erlaubt es dem Kind nicht, aus der Symbiose hervorzutreten. Damit schafft das Kind jetzt nicht einmal mehr die von der Konformität geforderte Tüchtigkeit. Durch das psychosomatische Symptom wurden das Kind, aber auch im erweiterten Sinn die Mutter, aus ihrer Scheinnormalität gekippt. Aus einem angepaßten Kind wurde ein überangepaßtes, das auch im konventionellen Sinn als krank gelten muß, weil es in seiner Aktivität gelähmt ist und so nicht mehr ins allgemeine Erfolgsschema paßt.

Reglementierung wie im vorliegenden Fall kann als krassestes Kennzeichen einer entfremdeten Mutter-Kind-Beziehung angesehen werden. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf den Aufsatz von *James Halliday* verwiesen. Er weist auf die patriarchalische Familienstruktur Ausgang des 19. Jahrhunderts hin, wo der Vater über Mutter und Kinder herrschte und freimütig seine Stimmungen an ihnen ausließ. Die Herrschaft des Vaters griff aber erst in der genitalen Phase in die Entwicklung des Kindes ein und führte zu Frustrationen. Dagegen konnte sich die Entwicklung auf der prägenitalen Stufe nach eigenen biologischen und psychologischen Gesetzen entwickeln, da man die Triebäußerungen des Kindes verstand, ihnen ädäquat begegnete und nicht durch Reglementierung unterdrückte.

Anfang des 20. Jahrhunderts weicht die patriarchalische Familienstruktur auf. Der Arbeitsplatz des Vaters befindet sich jetzt meist außerhalb der Familie und des Hauses; die Kinder kennen ihn daher eher als müden, mehr oder weniger gut gelaunten Feierabendgast und weniger als strengen, allgegenwärtigen Wächter. Zum eigentlichen Erzieher und Mittelpunkt der Familie wird damit die Mutter. Dies bedeutet aber nicht eine Rückkehr zu matriarchalischen Gesellschaftsformen. Da nämlich der fehlende Vater ein Autoritätsvakuum hinterläßt, bemühen sich die Mütter, dies zu füllen. In der Art, wie sie es tun, zeigt sich, wie wenig das patriarchalische Ideal selbst an Vorbildcharakter verloren hat. Durch die Emanzipation wurden die Mütter zwar frei, Autorität auszuüben. Da ihnen aber häufig eine echte Alternative fehlte, griffen sie vorwiegend auf patriarchalisches Reglementierungsstreben zurück.

Hilde Bruch und *Grace Touraine* finden es in ihren Studien bezeichnend, daß diese Familienstruktur auch bei fettsüchtigen Kindern anzutreffen ist. Die Väter fettsüchtiger Kinder erwiesen sich meist als weicher und verständnisvoller für die Probleme ihrer Söhne und Töchter, während

die Mütter anstelle des Vaters die körperliche Züchtigung durchführten. Diese Rollenverschiebung erwies sich im Fall des diabetischen Kindes als besonders verhängnisvoll und krankheitsfördernd. Auch hier hatte die Mutter die Rolle des strengen Vaters übernommen, während der Vater sich einfühlsamer zeigte, aber zu schwach war, um den Einfluß der Mutter zu mildern. Durch das Verhalten der Mutter dehnt sich die patriarchalische Reglementierung auf die bisher geschützte prägenitale Phase aus und stört damit das Körpererleben und die Körperregulierung des Kindes.

Bei diesen Tatbeständen liegt der Verdacht nahe, daß patriarchalisch strukturierte Kulturen eher psychosomatische Krankheiten begünstigen als matriarchalische. *Margaret Mead* (1942) bestätigt diese Vermutung durch ihre Beobachtungen, die sie bei zwei benachbarten Stämmen im Innern Neuguineas machte. Das Besondere war, daß hier auf engstem Raum zwei verschiedene Kulturprinzipien existierten, nämlich ein matriarchalisches und ein patriarchalisches. Die unterschiedliche Lebensweise hatte für die psychische und körperliche Gesundheit erhebliche Folgen. Die patriarchalisch ausgerichteten Stammesmitglieder der Manus greifen schon früh in den Lebensrhythmus der Kinder ein, indem sie sie nicht aus der Hütte lassen, bevor sie gehen können. Sie sollen schon vorher psychisch und kräftemäßig auf die feindliche Umwelt vorbereitet sein. Dieser starre Dirigismus dehnt sich auch auf den Stuhlgang aus. Die Stammesangehörigen dürfen nur einmal am Tag zu einer bestimmten Stunde und an einem bestimmten Ort ihren Stuhlgang verrichten. Das Ergebnis ist ein psychosomatisches Symptom — allerdings gilt der harte, schwierige Stuhlgang für diese Stammeskultur als normal. Ihr ganzes kulturelles Wertesystem betont besonders Willenskraft und Gegnerschaft zum natürlich-biologischen Rhythmus, weil ein großzügiges Gewähren körperlicher Bedürfnisse einen Mangel an Lebenstüchtigkeit, eine Unterlegenheit gegenüber der „Natur“ bedeuten würde. Beherrschung der Natur heißt gleichzeitig höhere Leistungsfähigkeit. Diese Haltung darf als eines der Grundmerkmale patriarchalischer Lebenseinstellung verstanden werden. Der Mensch ist dort aus seinem passiven Verhältnis zur Natur herausgetreten und sucht sie zu reglementieren — zuerst einmal an seinem eigenen Körper.

Die Nachbarn dieses patriarchalischen Stammes der Manus, die Iatmuls, leben dagegen noch ganz in ihrer matriarchalischen Einstellung, indem sie sich als einen natürlichen Teil der Natur verstehen und dementsprechend ihren Körper diesen Bedingungen überlassen. Die Stuhlentleerung darf erfolgen, wann und wie sie will. Das Ergebnis davon sind lockere und häufige Stuhlentleerungen. Die Eltern versuchen nicht, ihre Kinder früh gegenüber der Umwelt lebenstüchtig zu machen, sondern überlassen diese Entwicklung dem natürlich biologischen Rhythmus des Körpers. Die „Lebenstüchtigkeit“ wird damit zwar langsamer erwor-

ben, denn die Kinder brauchen länger den Schutz der Eltern, aber dafür wird die Entwicklung nicht mit einer hohen Kindersterblichkeit erkaufte und einer Verstopfung des Stuhlgangs, die als stellvertretend angesehen werden kann für eine Verstopfung aller spontanen Impulse. Zu fragen ist, wieweit sich aus diesem matriarchalischen Modell eines Primitivstammes Folgerungen für die psychosomatische Situation unserer Gegenwart ableiten lassen. An den Fallbeispielen haben wir gesehen, daß das Entstehen der Krankheiten begünstigt wurde durch eine rigide Haltung, die sich im Prinzip von der des patriarchalisch strukturierten Stammes nicht unterscheidet. Daraus könnte man schließen, daß eine Rückkehr zu matriarchalischen Strukturen das Krankheitspotential vermindern könnte. Man darf aber nicht übersehen, daß unsere moderne Kultur eng mit patriarchalischen Idealen von Herrschaft, Disziplin und Leistung verknüpft ist. Ein Abbau patriarchalischen Denkens müßte deshalb mit einer grundsätzlichen Neuorientierung unserer Kultur verbunden sein, die wirtschaftliche Expansion und materielle Sicherung nicht mehr in den Vordergrund stellt. Gerade die Forderung nach noch mehr Produktion und Konsum, und damit nach noch mehr Sicherung und Komfort, macht es den Verteidigern bestehender Verhältnisse leicht, Herrschaft, Disziplin und Konkurrenzgesellschaft zu rechtfertigen. Eine Abkehr von patriarchalischen, bloß leistungsbezogenen Idealen bahnt sich an, obwohl unsere Gegenwart immer noch maßgebend von Leistungsstreß und von Reglement geprägt ist. Auch ist die oben geschilderte Entwicklung immer noch Wirklichkeit, so daß das patriarchalische Reglement in die früheste Kindheit eindringt, die bisher davor geschützt blieb. *Erich Neumann* (1969) setzt in seinem Buch „Das Kind“ diese frühkindliche Entwicklungsstufe mit der „Primitivsituation“ des Menschen gleich. Er sieht sie in der Form, wie sie bis Ende des 19. Jahrhunderts gewahrt blieb, noch als einen Restbestand der matriarchalischen Kultur an. Das Zurückdrängen matriarchalischen Denkens selbst aus diesen frühen Lebensbereichen beraube den Menschen seiner „letzten Verbindungswege zur Natur“. Auf die psychosomatische Situation übertragen heißt dies, daß der Mensch das Verhältnis zum natürlichen Rhythmus des Körpers verliert, daß er ihn nicht mehr als etwas Lebendiges, zu ihm selbst Gehöriges empfindet, sondern als ein „Ding“, das sich beliebig manipulieren läßt. Dieses „Ding“ rächt sich dann durch Krankheit und steht auch hier dem Menschen nur noch als etwas Bedrohliches und Feindliches gegenüber. Auf diese Weise erlebten ja die beiden Mütter in den vorgeführten Fallbeispielen ihre Kinder. Der Körper des fettsüchtigen Kindes wird ohne persönliche Beziehung materiell gepflegt, und den Körper des diabeteskranken Kindes gilt es, durch starre Reglementierung in Schach zu halten. Dieses mangelnde Körperverhältnis, unter dem die Mütter selbst leiden, übertragen sie ihren Kindern in der Frühphase ihrer Entwicklung und rauben ihnen damit eine Grunderfahrung des menschlichen Lebens.

The Deranged Mother-Child Relation as a Cause of Psychosomatic Disorders from the Points of View of Social Psychology and Psychoanalysis

Karin Ammon

This study is based on the thesis, that psychosomatic disorders are intimately connected with a deranged mother-child relation in the pregenital phase. However, the symbiosis complex of mother and child cannot be understood completely as an individual basis, but also as a function of the surrounding group and, in a broader sense, of society. Clinical examples will be presented in order to show to what extent social influences and rules can be blamed for a disturbed mother-child relation in the pregenital phase.

The first example deals with the case of an obese child whose family has additional problems such as the status of immigrants and, for that reason, has to endure considerable social pressure. The mother, culturally desoriented, tries to overcome those difficulties by applying accepted standard rules of this society to the education of her child without noticing that those standards are debatable and in the long run can lead to psychosomatic disease. Instead of love the mother provides her child with material goodies. As a result of this the child falls ill. The development of psychosomatic symptoms then in turn leads to a further deterioration of the threatening situation of the whole family.

The second case example discussed is similar. Diabetes mellitus develops, after the mother had submitted the child to a system of rigid controls and thus frustrated its basic need for communication. As in the first case report, the development of psychosomatic symptoms again leads to further deterioration of the situation of the whole family.

The roots of psychosomatic disorders often lead to the reaction of groups and rules of society. Additional examples from transcultural areas are mentioned. Matriarchal cultures which are characterized by a lack of rigid social rules as well as a lack of symptoms of a crisis evident in our western civilisation (alienation, ideology of competition, conformism) have no psychosomatic disorders.

For the present psychosomatic scene this would mean, that a reduction of diseases could be achieved by a new orientation of our culture in the sense of putting less emphasis on economic expansion and material goods.

Literatur

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen, 3. Aufl. 1972)
 — (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft. Zur psychoanalytischen Kulturtheorie, in: Dyn. Psychiat. (3) S. 65—76

- (1971): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag gehalten am Sozialmedizinischen Institut der FU Berlin am 16. 11. 1971
- Bruch, H.* (1971): Obesity and Orality, in: *Dyn. Psychiat.* (4) 241—257
- ; *Touraine, G.* (1940): Obesity in Childhood: V. The Family Frame of Obese Children, in: *Psychosom. Med.* (II) No. 2
- Erikson, E. H.* (1965): *Kindheit und Gesellschaft* (Stuttgart: Klett)
- Fromm, E.* (1955): *The Sane Society* (New York—Toronto: Rinehart)
- Halliday, J.* (1970): Industriegesellschaft als psychosoziale Umwelt. In: Mitscherlich, A., Hrsg.: *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (Köln: Kiepenheuer und Witsch)
- Mead, M.* (1942): Kulturbegriff und psychosomatische Medizin. In: *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. a.a.O.
- Neumann, E.* (1963): *Das Kind* (Zürich: Rhein-Verl.)
- Winnicott, D. W.* (1969): *Kind, Familie und Umwelt*. (München—Basel: Reinhard)
- Wynne L. C.* u. a. (1969): Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: *Bateson, G. et al.: Schizophrenie und Familie* (Frankfurt: Suhrkamp)

Adresse der Autorin:

Dr. med. Karin Ammon
1 Berlin 31, Mannheimer Straße 12

Psychoanalytische Milieuthérapie*

Günter Ammon

Als eine erweiterte Anwendung der psychoanalytischen Theorie ist die analytische Milieuthérapie für jene Patienten indiziert, deren schwere Ich-Störung es ihnen nicht ermöglicht, das eigene Verhalten und die eigenen Konflikte mit Hilfe der Standardmethode oder der analytischen Gruppentherapie zu verbalisieren und zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen. Die Milieuthérapie umschließt die ganze Lebenssituation des Patienten, indem sie diese in ein umfassendes therapeutisches Milieu verpflanzt. Dadurch macht sie sämtliche Lebensäußerungen des Patienten der Beobachtung und der Interpretation zugänglich und konfrontiert den Patienten mit einer realen Situation, in der ihm seine Pathologie durchsichtig wird. Der Analytiker ist hier ein aktiver Partner, der mehr mit direkter Methode interveniert als mit indirekter interpretatorischer Arbeit. Diese Therapieform erlaubt dem Patienten zugleich die Wiederholung seiner inneren Konflikte und durch das Korrigieren des Therapeuten die Wiedergutmachung seiner früh erlebten Traumata.

In der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik übernimmt der Psychiater mit dem Team seiner Mitarbeiter die Aufgabe, dem Patienten ein therapeutisches Milieu so zu gestalten, daß alte Konflikte allmählich anhand der Konfrontation mit den realen Aufgaben und der Interpretation von Übertragung und Widerstand den Patienten bewußt gemacht werden können. Voraussetzung dafür ist ein unter ständiger analytischer Kontrolle funktionierendes therapeutisches Team, das dem Patienten hilft, seine gesunden Ich-Anteile zu entdecken und sich sicher genug zu fühlen, um Einsicht in seine Konflikte zu gewinnen.

In der ambulanten Milieuthérapie wird eine Gruppe von Patienten aus verschiedenen therapeutischen Gruppen gebildet, die autonom, aber mit Hilfe eines Therapeuten, die Durchführung eines Arbeitsplanes an einem von der zentralen Institution fernliegenden Ort übernimmt. Konfrontiert mit den realen Aufgaben werden die Gruppe und die Patienten als einzelne sowohl ihre Ich-Fähigkeit als auch ihre Ich-Grenzen erfahren. Diese Therapieform verwirklicht eine therapeutische Gemeinschaft, die nicht auf oberflächliche Demokratisierung abzielt, sondern den Patienten durch die neue Strukturierung der Gruppe den Einblick in psychische Konflikte und Potenzen verschafft.

Beide Formen der Milieuthérapie bieten die Alternative zu der starren Anstaltspsychiatrie, die die Patienten in ein Milieu versetzt, dessen pathogene Dynamik die krankmachende Situation in Familie und Gesellschaft nur intensiviert.

Die psychoanalytische Milieuthérapie ist aus der konsequenten Erweiterung der Standardsituation der klassischen Analyse entstanden. Ihre Anfänge gehen zurück auf *Ernst Simmel* (1929, 1936), der Ende der Zwanziger Jahre im Humboldt-Schloß in Berlin-Tegel mit dem Aufbau eines „psychoanalytischen Sanatoriums“ begann, um sogenannte „Psychopathen“, besonders Alkoholiker, im Rahmen einer stationären, psychoanalytisch orientierten Therapie zu behandeln. *Freud*, der *Simmels* Klinik wiederholt besuchte, war von diesen Versuchen sehr beeindruckt und meinte, ein Praktikum in einer solchen Einrichtung müsse obligato-

* Vorabdruck aus: Günter Ammon, *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie*, Luchterhand Verlag, Darmstadt, 1973

rischer Bestandteil der psychoanalytischen Ausbildung werden. Fortgesetzt wurden *Simmels* Versuche vor allem von *Karl* (1942) und *William Menninger* (1932, 1936), die auf der Basis der *Simmelschen* Arbeit bereits vor nunmehr 40 Jahren die ersten milieutheraeutischen Programme im Rahmen der *Menninger Clinic* in *Kansas* (USA) einfuehrten.

Ich selbst habe dann in den Jahren 1956—1965 an dem Ausbau und der Differenzierung dieser Programme vor allem im Rahmen der *Menninger Clinic* teilgenommen und mich dabei insbesondere um eine Integration der Ich-psychologischen und der gruppensdynamischen Aspekte dieser therapeutischen Technik bemueht (vgl. *Ammon*, 1959).

Die psychoanalytische Milieuthherapie ist zu verstehen als ein Versuch, dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Stoerung es ihnen unmoeglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen, und die auch nicht in der Lage sind, mit Hilfe einer therapeutischen Gruppe, die ihre vergangene und aktuelle Lebenssituation repraesentiert, Einsicht in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen. Die Therapie muess hier einen Schritt weitergehen, von der symbolischen Darstellung der Lebenssituation durch die therapeutische Gruppe zur tatsaechlichen Verwandlung der aktuellen Lebenssituation durch ihre Verpflanzung in ein therapeutisches Milieu, welches die Lebenssituation des Patienten zeitlich und oertlich vollkommen umschliesst. Lebenssituation und Behandlungssituation werden identisch. Die folgende Graphik (Abb. 1) soll dies veranschaulichen.

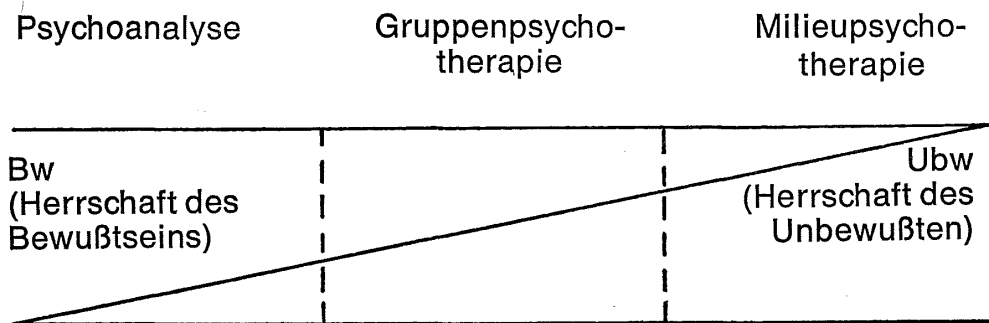


Abb. 1

Indiziert ist die psychoanalytische Milieuthherapie für alle die Patienten, welche aufgrund schwerster Stoerungen nicht in der Lage sind, ihre Konflikte auf der zugleich realen und symbolischen Ebene der Interaktion in der therapeutischen Gruppe darzustellen und zu bearbeiten, und die daher auch unfähig sind, von den Moeglichkeiten der Einsicht Gebrauch zu machen, welche die Gruppe durch das Umgehen der unbewußten Abwehrformationen bietet. Das Ich dieser Patienten ist so

schen Erkrankungen und ihrer Behandlung erbracht (vgl. *Gisela Ammon*, 1969, 1971; *Winnicott*, 1972).

Die therapeutische Situation der Kinderanalyse und des therapeutischen Milieus hat zwei Aufgaben zu erfüllen. Als Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik dient sie dem Patienten zu einer Wiederholung der krankmachenden Lebenssituation in der Primärgruppe, die verinnerlicht wurde und damit eine sekundäre pathologische Autonomie gewonnen hat. Die therapeutische Situation ist in diesem Sinne Ort der Übertragung.

Insofern als die Übertragung jedoch in einer Situation erfolgt, die frei ist von der pathogenen Dynamik der Primärgruppe und die das Verhalten des Patienten daher nicht feindselig destruktiv, sondern verständnisvoll und schützend beantwortet, handelt es sich nicht um eine bloße Wiederholung, sondern auch um eine Wiedergutmachung der frühen Erfahrungen. Diese doppelte Dynamik von Wiederholung und Wiedergutmachung (*repeat and repair*) ist sozusagen das psychodynamische Grundgesetz der Therapie der schweren Ich-Störung.

Die Veränderung der therapeutischen Technik, die sich aus dem Umstand ergibt, daß das Kind ebenso wie der schwer gestörte psychisch Kranke über ihre Konflikte nicht sprechen können, sondern diese in ihrem Verhalten ausleben müssen, läßt sich in zwei Punkten zusammenfassen:

1. Der Therapeut wird direkt zum aktiven Partner in der Lebenssituation des Patienten. Er wird zu einem der wichtigsten Faktoren dieser Lebenssituation. In Bezug auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient handelt es sich also um eine aktive Direkttherapie.

2. Der Therapeut ist in der gemeinsamen Situation des therapeutischen Milieus erst in zweiter Linie Interpret des Verhaltens und der Konflikte des Patienten. Er beantwortet und deutet die Aktionen und Konflikte des Patienten zunächst vor allem durch sein Verhalten. In Bezug auf die verbale analytische Interpretation handelt es sich also um eine indirekte Therapie.

Der Therapeut steigt mit anderen Worten als aktiver Partner in die Lebenssituation des Patienten ein, um ihm dabei zu helfen, diese zu verstehen und zu verändern. Das Ziel dabei ist, dem Patienten im Rahmen des therapeutischen Milieus und in der direkten Interaktion mit dem Therapeuten zunächst einmal die Möglichkeit zu neuen Erfahrungen im Sinne einer Wiedergutmachung (*repairing*) zu geben, und ihm damit häufig erstmalig das Erlebnis des Gelingens und ein positives Gefühl der eigenen Existenz zu vermitteln. Auf diese Weise kann die Basis eines Ich-Gefühls geschaffen werden, die es dem Patienten erlaubt, allmählich auch die verbale analytische Interpretation seines Verhaltens und seiner Konflikte zu akzeptieren und mit dieser Interpretation zu arbeiten.

Zwischen das sprachlose Ausagieren der Symptomatik und die verbale psychoanalytische Interpretation wird dadurch eine informelle, überwiegend nonverbale, dabei jedoch analytisch kontrollierte Interaktion zwischen dem Patienten und seiner therapeutischen Umgebung eingeschoben, die dazu dient, durch eine emotionale Korrektur (*Alexander, 1952*) im Sinne der Wiedergutmachung (repairing) die Basis für die weitergehende analytische Arbeit zu legen.

Dabei übernehmen der Therapeut und seine Mitarbeiter zunächst wesentliche Ich-Funktionen des Patienten, die dieser im Zuge seiner Regression an sie delegiert, wie vormals an die Gruppe seiner Bezugspersonen vor der Aufnahme in die Klinik. Sie tun dies jedoch nicht im Sinne eines destruktiven Mitagierens, sondern nur vorübergehend und sind von Anfang an darum bemüht, dem Patienten im Laufe des therapeutischen Prozesses die delegierten Ich-Funktionen der Abgrenzung seines Ichs und der Kontrolle seines Verhaltens schrittweise zurückzugeben.

Die folgende Graphik (Abb. 3) soll diesen Prozeß einer nachholenden Ich-Entwicklung im Schutze und mit Hilfe des therapeutischen Milieus veranschaulichen.

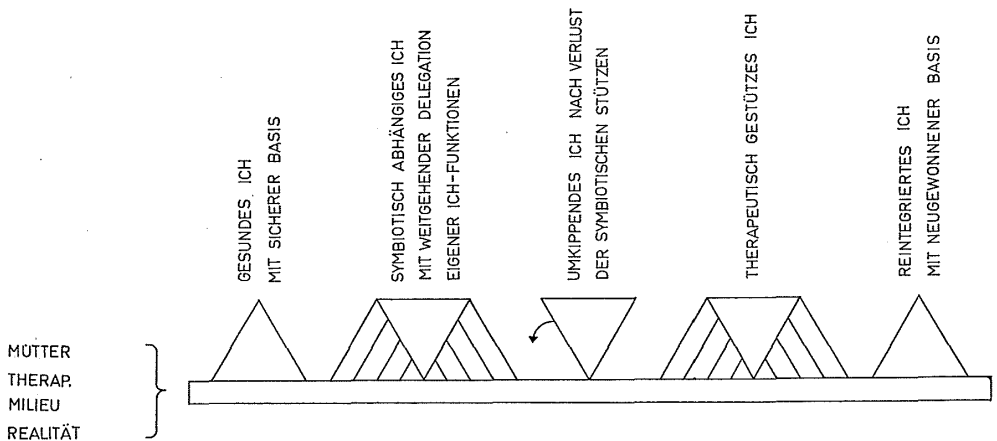


Abb. 3

Ich möchte nun im folgenden die psychodynamischen Voraussetzungen genauer erörtern, die das therapeutische Milieu in Struktur und Organisation erfüllen muß, um eine nachholende Ich-Entwicklung des Patienten zu ermöglichen. Dabei möchte ich zunächst am Beispiel der Menninger Clinic darstellen, auf welche Weise eine dynamisch-psychiatrische Klinik als differenziertes therapeutisches Instrument fungieren kann. Danach möchte ich eine Form der ambulanten „Therapeutischen Gemeinschaft“ darstellen, wie sie meines Erachtens für die zukünftige Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie richtungweisend ist.

Die Klinik als therapeutisches Instrument

Das therapeutische Milieu einer dynamisch-psychiatrischen Klinik, wie z. B. der Menninger Clinic, in der Patienten mit den klassischen Zustandsbildern behandelt werden, wird durch die Gruppe der Therapeuten und ihrer hilfstherapeutischen Mitarbeiter gebildet. Dieses therapeutische Team umfaßt Therapeuten, junge in Ausbildung befindliche Psychiater, klinische Psychologen, besonders geschulte und ausgebildete Sozialarbeiter, Schwestern, Pfleger, den Internisten, Seelsorger, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, Arbeitstherapeuten etc. Die verschiedenen Mitglieder des therapeutischen Teams sind durch jeweils spezifische Funktionen an der Herstellung des therapeutischen Milieus, an seiner Aufrechterhaltung und Absicherung beteiligt. Der Zusammenhang dieser verschiedenen Funktionen, ihr reibungsloses Ineinandergreifen wird dabei durch eine ständige gemeinsame Reflexion und Kontrolle, durch kontinuierliche Supervision gewährleistet. Die Aufgabe dieser Gruppe des therapeutischen Teams insgesamt ist die gleiche, welche auch die therapeutische Gruppe der psychoanalytischen Gruppentherapie erfüllt. Durch die Herstellung einer flexiblen gemeinsamen Gruppengrenze, mit der sie den Patienten umgibt, entlastet sie sein schwaches und gestörtes Ich und bildet in der Realität ihrer interpersonellen Beziehungen ein Vorbild für die Ich-Grenzen, die der Patient im Zuge seiner nachholenden Ich-Entwicklung aufbauen soll. Die Gruppe als ganze hat eine doppelte Funktion, sie soll dem Patienten eine Wiederholung seiner traumatischen Erfahrungen gestatten und soll diese Wiederholung durch ihr verständnisvolles und konstruktives Reagieren systematisch in eine Wiedergutmachung verwandeln.

Die einzelnen Mitglieder des Teams haben dabei jeweils spezifische Aufgaben, sind besonders spezialisierte Faktoren der Gruppengrenze, bzw. des therapeutischen Milieus. Die zentrale Figur des Teams ist der Psychiater, der jeweils die Verantwortung für den Patienten trägt und sämtliche Interaktionen in der Gruppe des Teams in bezug auf den Patienten koordiniert. Seine Aufgabe ist es, im Rahmen der engeren therapeutischen Situation, d. h. in der psychotherapeutisch bestimmten Interaktion mit dem Patienten, diesem allmählich dabei zu helfen, Einsicht in die Übertragungs- und Widerstandsdynamik seiner internalisierten Konflikte zu gewinnen und allmählich die Basis für eine fortschreitende Verbalisierung der Interaktion zu legen.

Die übrigen Mitglieder bzw. Untergruppen des therapeutischen Teams dienen dazu, das Entstehen und die allmähliche Differenzierung dieses analytisch-orientierten psychotherapeutischen Prozesses zu unterstützen und abzusichern. Das Personal, welches die Institution der Klinik und ihre Regelungen verkörpert, hat dabei insgesamt die Funktion einer „dritten Person“ (Ammon, 1959), die zu der engeren therapeutischen

Situation hinzutritt und diese zum therapeutischen Feld erweitert. Aufgabe des Personals ist es, den Realitätsaspekt der Situation gegenüber dem Patienten darzustellen, und diesen in allen Bereichen seiner Lebenssituation in der Klinik insofern zu konfrontieren, als sie seinen durch die unbewußte Übertragungsdynamik bestimmten pathologischen Erwartungen nicht entspricht und ein unbewußtes Mitagieren in jedem Fall vermeidet. Der Patient wird daher von den Mitarbeitern von vornherein als selbstverantwortliche Person behandelt, die infantile Seite seiner Persönlichkeit wird ignoriert bzw. nicht akzeptiert, und das gesunde Ich wird angesprochen. Auf keinen Fall wird der Patient zusätzlich infantilisiert oder gar durch eine depersonalisierende Aufnahmezeremonie seiner gesunden Ich-Anteile beraubt. Vielmehr wird von ihm erwartet, daß er sich im Rahmen der Klinik selbstverantwortlich verhält und seine Ängste und Konflikte mit seinem Therapeuten bespricht. Im Notfall ist hier eine gezielte Gabe von Psychopharmaka zur Milderung schwerer Zustände angezeigt. Dies sollte jedoch in jedem Fall eine vorübergehende Maßnahme sein, wobei die Dosierung das unumgänglich nötige Maß keinesfalls überschreiten darf.

Durch die ständige Konfrontation mit seinen kranken Ich-Anteilen, die der Patient durch das freundliche, aber realitätsorientierte Verhalten des Personals erlebt, wird er in seinen pathologischen Persönlichkeitsanteilen verunsichert, diese können allmählich als Ich-fremd erlebt und zum Problem werden, das dann psychotherapeutisch bearbeitet werden kann.

Der Therapeut wird dann in zunächst informeller Weise und häufig auch weitgehend nonverbal mit dem Patienten über dessen Ängste, Aggressionen und Schwierigkeiten kommunizieren, die dieser in seinem täglichen Leben in der Klinik und in der Auseinandersetzung mit den Realaspekten der Situation erlebt. Erst allmählich wird sich aus diesen informellen Kontakten eine stärker formalisierte Psychotherapie entwickeln.

Ich möchte dies an einem Beispiel erläutern: In die Menninger Clinic kam ein 35 Jahre alter Patient in Begleitung seiner siebzugjährigen Mutter zur Aufnahme. Diese behandelte ihren Sohn buchstäblich wie einen fünfjährigen Jungen. Sie sagte z. B.: „Aber Junge, einer Dame öffnet man doch die Tür und trägt ihr die Tasche, man begrüßt fremde Herrschaften mit einem Diener“ usw. Seine ganze Kindheit hatte dieser Patient am Gängelband der feindseligen Mutter und seines „erfolgreichen“ Bruders verbracht, der sich in zwanghafte politische Tätigkeit geflüchtet und ein hohes Staatsamt erreicht hatte.

Während der Aufnahmeinterviews erschien John als ein großes liebes Baby, das in Größenideen vor sich hinphantasierte und zwischendurch in Zustände geriet, die von der Schulpsychiatrie als paranoische Agita-

tion bezeichnet worden wären und in denen ein hilfloser Protest gegen die ständig verfolgende Mutter deutlich wurde.

Bei Beginn der Behandlung hatte ich das Gefühl, buchstäblich kein Stück gesundes Ich bei dem Patienten zu finden, mit dem ich hätte arbeiten und mich verbünden können. Schließlich fand ich bei einem der informellen Spaziergänge eine Brücke zum Patienten. Er spielte gern und gut Tischtennis. Ich ging darauf ein, spielte mit ihm, ließ mich von ihm unterrichten und konnte, ausgehend von diesem Punkt, ein milieupsychotherapeutisches Programm für den Patienten aufbauen, das ihm half, allmählich den Bereich seiner Erfahrungen und Bedürfnisartikulation zu erweitern und abzugrenzen, bis hin zu einer verbalen Psychotherapie.

Das milieutheraeutische Programm, das hier angesprochen ist, hat die Aufgabe, dem Patienten in einer Reihe differenzierter Situationen die seiner jeweils aktuellen Problematik angemessenen Möglichkeiten zur Entdeckung und Entwicklung seiner konstruktiven Ich-Anteile und -Funktionen zu geben. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist, daß der Patient Gelegenheit hat, die Erfahrungen, die er in der milieutheraeutischen Arbeit macht, im Rahmen eines kontinuierlichen psychotherapeutischen Kontaktes mit seinem Therapeuten zu bearbeiten und zu verbalisieren. Durch die Aufmerksamkeit, die der Therapeut allen Erfahrungen des Patienten entgegenbringt, und die Anteilnahme, mit der er seine Aktionen begleitet, kann der gesunde Ich-Anteil des Patienten eine nachhaltige Stärkung erfahren und dadurch fortschreitend in die Lage versetzt werden, sich mit seinen kranken Ich-Anteilen auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung mit den pathologischen Ich-Anteilen bleibt das ständige Ziel der gesamten therapeutischen Arbeit.

Das therapeutische Milieu in seinen verschiedenen Facetten, die entweder der Konfrontation des Patienten dienen oder ihm eine passagere Identifikation mit konstruktiven Faktoren im Rahmen der Milieutheraeutapie ermöglichen, bildet insgesamt nur eine unumgängliche Voraussetzung für die analytisch-psychotherapeutische Erhellung und Bearbeitung der unbewußt gewordenen Konflikte des Patienten.

Der Therapeut bemüht sich dabei, dem Patienten in der milieutheraeutischen Arbeit jenes genaue Maß an ausagierender Abwehr zu gestatten, das er für die Aufrechterhaltung seiner Ich-Grenzen braucht, und ihm andererseits genau jenes Maß an analytischer Interpretation zu geben, das er mit Hilfe seiner neu entwickelten oder wieder entdeckten konstruktiven Ich-Kräfte verarbeiten kann.

Dies bedeutet, daß die Diagnose sozusagen kontinuierlich neu gestellt werden muß und daß der diagnostische Prozeß die therapeutische Entwicklung synchron begleiten muß, ebenso wie auch die milieutheraeut-

tische Arbeit jeweils dem erreichten Stand der nachholenden Ich-Entwicklung des Patienten entsprechen muß.

Die ständige Synchronisierung der verschiedenen Ebenen des therapeutischen Prozesses ist die Aufgabe des Psychiaters, der das milieuthapeutische Programm des Patienten koordiniert. Sie wird erleichtert durch die fortlaufenden Kontrollsitzen des gesamten Teams, in denen alle Beobachtungen, welche die verschiedenen Mitglieder im Kontakt mit dem Patienten sammeln konnten, integriert werden.

Diese Kontrollsitzen dienen auch der ständigen Bewußtmachung der Gegenübertragungsmanifestationen aller Beteiligten, die erfahrungsgemäß ein wichtiger Schlüssel zur Psychodynamik des Patienten und ihrer Veränderung im Laufe des therapeutischen Prozesses sind.

Ein besonders wichtiger Aspekt des milieuthapeutischen Programms ist die Arbeit des Sozialarbeiters mit den Angehörigen des Patienten (case-work). Dieser Prozeß setzt bei der Aufnahmeuntersuchung des Patienten ein und begleitet den gesamten Behandlungsverlauf, selbst wenn die Angehörigen in einer entfernt liegenden Stadt wohnen.

Meine nunmehr über 25 Jahre gehende klinische Erfahrung hat mir immer wieder die ernste Lehre gegeben, daß, wenn es im Laufe des Behandlungsprozesses nicht gelungen war, einen gewissen Grad der Mitarbeit der Angehörigen oder der Freundesgruppe des Patienten zu gewinnen, der Erfolg der Therapie außerordentlich gefährdet wurde bzw. dann von den Angehörigen und Freunden gestört wurde, wenn durch die Besserung des Patienten das pathologische Gleichgewicht der Familien- bzw. Freundesgruppe dergestalt gestört wurde, daß andere Mitglieder der Gruppe die Rolle des Krankheitsträgers übernehmen mußten.

Das therapeutische Team, das im Rahmen seiner gemeinsamen Kontrollbesprechungen ein Bild von der aktuellen Psychodynamik des Patienten herstellt, übernimmt damit zunächst stellvertretend für den Patienten die Ich-Funktion einer integrierenden und synthetisierenden Beobachtung seines Verhaltens. Es arbeitet jedoch insgesamt und von Beginn an systematisch daran, den Patienten in die Lage zu versetzen, diese Ich-Funktionen der Integration, der Abgrenzung und der Kontrolle fortschreitend wieder in eigener Verantwortung zu übernehmen.

Voraussetzung dafür ist, daß im Rahmen der zentralen Psychotherapie, die vom therapeutischen Milieu nur ermöglicht und unterstützt, aber nicht ersetzt werden kann, der unbewußte Zusammenhang zwischen den infantilen Erfahrungen des Patienten in seiner pathogenen Primärgruppe und seinen aktuellen Erfahrungen im therapeutischen Milieu bewußt gemacht wird. Nur wenn dies geschieht, kann von einer psychoanalytischen Milieuthérapie und einer nachholenden Ich-Entwicklung gesprochen werden.

PARALLELE LAUFENDE PROZESSE IN DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE

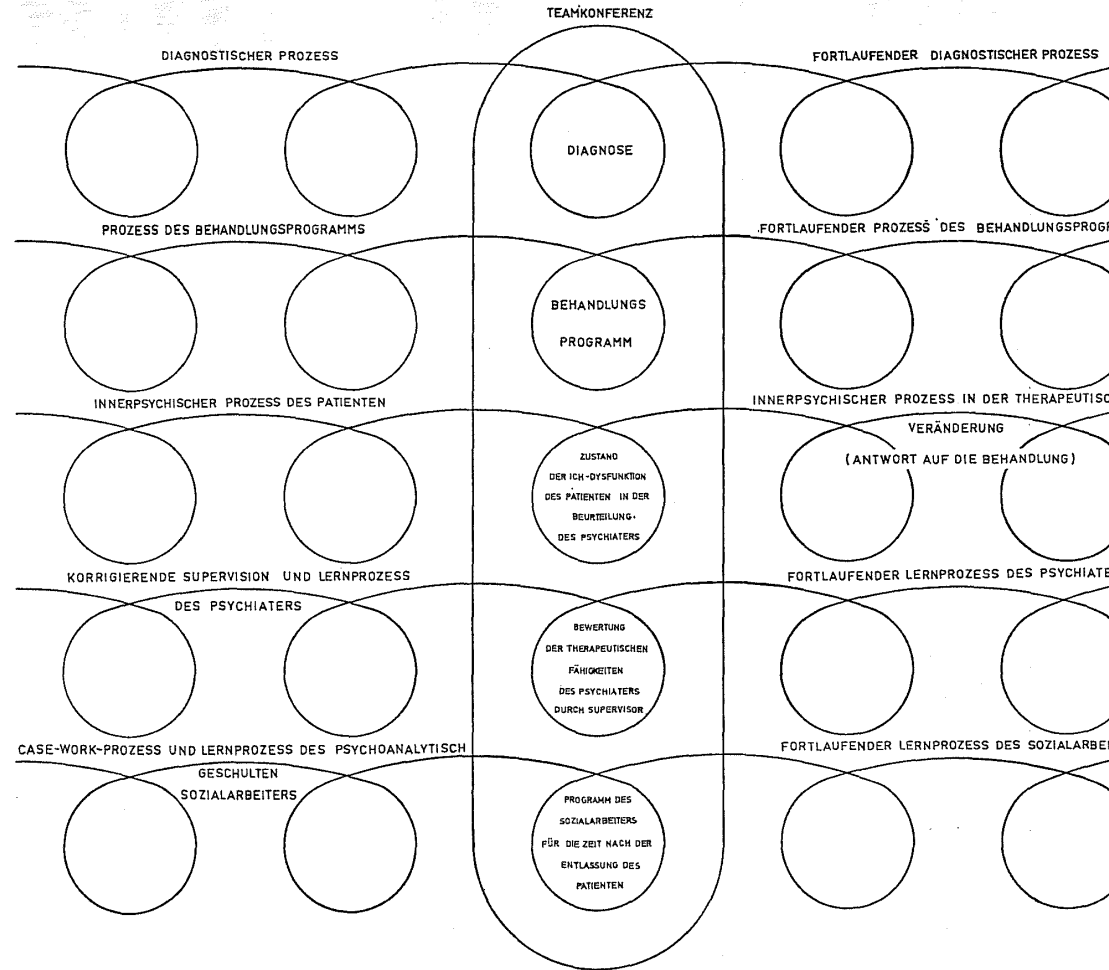


Abb. 4

Die Graphik verdeutlicht die Funktion einer Team-Konferenz, die dazu dient, alle dargestellten Prozesse so zu koordinieren, daß sämtliche Ebenen des therapeutischen Prozesses zu jedem Zeitpunkt dieses Prozesses miteinander synchronisiert sind und dem tatsächlichen psychischen Entwicklungsstand des Patienten entsprechen.

Eine reine Milieuthherapie, im Sinne der traditionellen Arbeits- und Beschäftigungstherapie, bleibt dagegen erfahrungsgemäß auf die Dauer unwirksam. Sie beschränkt sich auf die Veränderung der aktuellen Lebenssituation des Patienten im Rahmen der Klinik, häufig in Form einer beziehungslos bleibenden und psychologisch nicht integrierten Beschäftigung bzw. eines bloßen Unterhaltungsklimbims und läßt die tiefenpsychologische Ebene seiner unbewußten Konflikte unbearbeitet. Sie versäumt daher auch die Möglichkeit einer tatsächlichen Befreiung des Patienten von seinen unbewußten Ängsten und Abhängigkeitsbedürfnissen. Erreicht wird vielmehr nur eine Überanpassung an möglicherweise humanisierte Regeln des Klinikbetriebes, die bezogen auf die Ich-Identität des Patienten ein äußerlicher Zwangsrahmen bleiben, an den er gebunden bleibt.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die Klinik als therapeutisches Instrument basiert auf der Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit der Gruppe des therapeutischen Teams. Diese Gruppe, mit der zentralen Figur des leitenden Psychiaters, erfüllt im therapeutischen Milieu die Funktion, welche die psychotherapeutische Gruppe ihren Mitgliedern gegenüber wahrnimmt, sie dient als Vorbild einer kommunizierenden Ich-Grenze. Als Gruppe des therapeutischen Teams bildet sie selbst eine „Therapeutische Gemeinschaft“, insofern ist sie meines Erachtens auch immer deren wesentliche Voraussetzung.

Therapeutische Gemeinschaft

Ich möchte mich nun einer Form der psychoanalytischen Milieuthherapie zuwenden, die in Form einer intensiven Gruppenpsychotherapie als ambulante therapeutische Gemeinschaft fungiert und insbesondere für die Behandlung präpsychotischer und postpsychotischer Patienten indiziert ist.

Die Bedeutung dieser Therapieform liegt meines Erachtens darin, daß sie jenen Patienten eine intensive Psychotherapie ermöglicht, die einerseits zu sehr gestört sind, als daß sie allein im Rahmen der traditionellen ambulanten Therapieformen erfolgreich behandelt werden könnten, die aber andererseits noch nicht zu „Anstaltsfällen“ geworden sind, mit all den damit verbundenen Manifestationen einer artifiziellen Chronifizierung psychischer Störungen.

Für diese Patienten wird zusätzlich zu einer regulären ambulanten psychoanalytischen Gruppentherapie ein milieutherapeutisches Programm entwickelt, daß sich in einigen wesentlichen Punkten von der Milieupsychotherapie im Rahmen der Klinik unterscheidet, jedoch mit dieser auch kombiniert werden kann.

1. Das zentrale therapeutische Instrument dieser Form der Milieu-psychotherapie ist eine selbstverantwortliche therapeutische Gruppe, die besonders strukturiert ist und eine spezifische Arbeitsweise hat.

2. Das milieutheraeutische Feld, in dem diese Gruppe selbstverantwortlich für einige Wochen lebt und arbeitet, hat Realcharakter. Die milieutheraeutische Arbeit dient dem Ausbau ehemals bäuerlicher Anwesen, die allmählich in psychotherapeutische Zentren umgebaut und verwandelt werden.

3. Das milieutheraeutische Feld ist zeitlich und örtlich begrenzt. Die jeweilige milieutheraeutische Gruppe selbst besteht nur für etwa ein halbes Jahr. Das therapeutische Feld ist außerdem geographisch vom Ort der psychoanalytischen Gruppentherapie getrennt.

4. Die milieutheraeutische Arbeit hat den Charakter eines begrenzten Unternehmens, das im Rahmen einer psychoanalytischen Gruppentherapie stattfindet, von dieser jedoch zeitlich, örtlich und organisatorisch getrennt ist, und als eine eigene, selbständige therapeutische Erfahrung die ambulante Gruppentherapie ergänzt und unterstützt.

Ich möchte das ein wenig ausführen: Die milieutheraeutische Gruppe wird aus Patienten verschiedener therapeutischer Gruppen zusammengestellt, die zwar bereits in einen therapeutischen Prozeß mit Übertragungs- und Widerstandsdynamik eingetreten sind, die jedoch aufgrund ihrer spezifischen Symptomatik besondere Schwierigkeiten dabei haben, die therapeutischen Möglichkeiten der Gruppe bzw. auch einer begleitenden Einzeltherapie zu nutzen.

Die milieutheraeutische Gruppe bereitet sich dann etwa ein Vierteljahr lang in gesonderten Sitzungen unter Leitung eines Therapeuten auf ihren in der Regel mehrwöchigen Aufenthalt im therapeutischen Feld vor. In dieser Zeit lernen die Mitglieder einander kennen und befassen sich mit den Aufgaben, die sie erwarten.

Jede milieutheraeutische Gruppe wählt sich ein begrenztes Projekt, das sie plant und dessen Realisierung sie im einzelnen vorbereitet. Dabei handelt es sich stets um Realaufgaben, Arbeiten in und an den Häusern und im Gelände, Verhandlungen mit Firmen, Handwerkern und örtlichen Behörden. Im Zuge der vorbereitenden Sitzungen wählt die Gruppe aus ihren Mitgliedern einen Projektleiter (Organisator), der als zentrale Figur für die Koordination aller mit dem Realaspekt des milieutheraeutischen „Einsatzes“ verbundenen Aktivitäten dem leitenden Psychiater der therapeutischen Institution direkt verantwortlich ist. Alle Mitglieder der Gruppe übernehmen jeweils einzelne Aufgabenbereiche, für die sie verantwortlich sind. Patienten, die im Laufe der Sitzungen erkennen lassen, daß sie nicht in der Lage sind, im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen konstruktiven Beitrag zu dem gemeinsamen Projekt zu leisten und die die Gruppe zu sehr im Rahmen ihrer pathologischen

Übertragungsdynamik erleben, scheiden aus der Gruppe aus. Sie können zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Gruppe einen neuen Versuch machen.

Die Auswahl und Strukturierung der Gruppe ist besonders wichtig. Sie erfolgt nach dem leitenden Gesichtspunkt, daß die Gruppe insgesamt auf der Basis ihres gemeinsamen Projektes ein festes therapeutisches Bündnis schließt, zu dem jedes einzelne Mitglied einen Beitrag liefern kann. Im Laufe der Vorsitzungen bildet sich die Gruppenstruktur heraus, formieren sich die Gruppengrenzen und werden Krisenpunkte der Gruppe rechtzeitig bewußt gemacht und bearbeitet.

Nach dieser Vorbereitung fährt die Gruppe, begleitet von einem Therapeuten, selbstverantwortlich ins milieutheraeutische Feld. Sie findet hier kein festes Programm vor. Zwar hat die Gruppe sich auf ein Projekt vorbereitet und einzelne Aufgaben an ihre Mitglieder verteilt, aber die Gestaltung ihrer gemeinsamen Lebenssituation, die Einteilung ihrer Zeit, die Entscheidung, wann und woran gearbeitet wird, wann und auf welche Weise sich die Gruppe erholt, wie und was gegessen wird usw., liegt ganz in den Händen der Gruppe selbst.

Die Gruppe findet keine Verhaltensregelungen vor, denen sie sich unterwerfen oder gegen die sie protestieren kann, sie organisiert selbstverantwortlich eine ganze Lebenssituation und bemüht sich um deren konstruktive Gestaltung.

Dabei besteht für die Zeit des gemeinsamen Aufenthaltes im milieutheraeutischen Feld ein sexuelles Tabu, das intime Beziehungen der Mitglieder untereinander verbietet. Täglich finden außerdem therapeutische Sitzungen statt, die von dem die Gruppe begleitenden Therapeuten geleitet werden und die der kontinuierlichen Verbalisierung der Erfahrungen, der Konflikte und Spannungen in der Gruppe dienen.

Auf diese Weise entsteht eine außerordentlich intensive Lebenssituation, die den Patienten einerseits eine Fülle von Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten bietet, die sie andererseits auch besonders eindringlich mit ihren Konflikten und ihrer Pathologie konfrontiert.

Die Erfahrung der Gruppe, daß zur Bewältigung ihrer Aufgabe und für die konstruktive Gestaltung ihrer Lebenssituation der Beitrag jedes einzelnen Mitgliedes der Gruppe wirklich gebraucht wird, ermöglicht bei vielen Patienten einen Durchbruch durch das in jahrelanger Ohnmacht verfestigte Gefühl der eigenen Hilf- und Nutzlosigkeit.

Diejenigen Patienten, deren Ich-Entwicklung so sehr gestört ist, daß sie nicht in der Lage sind, ihre Schwierigkeiten zu verbalisieren, finden im milieutheraeutischen Feld die Möglichkeit, diese Artikulationschwierigkeiten zunächst einmal zu umgehen und sich in nonverbalen Beiträgen zur Gestaltung der Lebenssituation und zur Realisierung des gemeinsamen Projektes zu äußern.

Neue Erfahrungen im Feld eröffnen den Zugang zu verdrängten Konflikten, vor allem aber auch zu verschütteten Talenten. Und das Gefühl, an der Verwirklichung eines realen Vorhabens — dem Aufbau eines dringend benötigten gruppenpsychotherapeutischen Zentrums — beteiligt zu sein, hilft den Patienten, ihre eigene Situation nicht mehr als völlig hoffnungslos einzuschätzen und mobilisiert die Kräfte zu einer konstruktiven Veränderung der Situation.

Wie wichtig der Realcharakter der Situation ist, geht hervor aus dem folgenden Beispiel, das repräsentativ für viele andere ist: Als ich vor einigen Jahren zusammen mit meiner Frau eine milieutheraeutische Gruppe besuchte, glaubten wir zunächst, als wir abends bei dem abgelegenen Bauernhaus ankamen, daß ein neues Hotel in der Nachbarschaft errichtet worden sei. Es stellte sich dann heraus, daß die milieutheraeutische Gruppe während ihres Aufenthaltes das große, alte Bauernhaus mit einem neuen weißen Anstrich versehen und elektrisches Licht installiert hatte, welches nun das Haus festlich illuminierte. Die Installation der elektrischen Anlagen war das Werk eines Ingenieurstudenten, der bis dahin depressiv gelähmt und arbeitsunfähig gewesen war. Die Gruppe hatte ihn gebeten, sich doch der Aufgabe anzunehmen, der außer ihm niemand gewachsen war. Konfrontiert mit einer Real-situation und dem Bedürfnis einer ganzen Gruppe nach Licht, konnte der Student seine irrationale Angst überwinden und wurde frei, etwas zu tun. Er konnte zum ersten Mal wieder arbeiten, ohne von den Gefühlen begleitet zu sein, die als irrationaler Druck ihn jahrelang gelähmt hatten.

Der Realcharakter der Situation entfaltet eine wichtige Dynamik:

1. Er verstärkt das Selbstgefühl der Patienten durch das Vertrauen, das in ihre gesunden Fähigkeiten gesetzt wird.
2. Er befreit die Patienten von der hektischen Getriebenheit durch unbewußte Angst und Schuldgefühle und verstärkt damit das therapeutische Bündnis.

Für die Patienten, die in ihrer Lebenssituation zumeist isoliert und dem Druck verinnerlichter, überfordernder Haltungen sich selbst gegenüber preisgegeben sind, bedeutet die Erfahrung des täglichen engen Zusammenlebens in einer Situation, die für alle Mitglieder der Gruppe neu und unbekannt ist, in der Regel eine erhebliche Befreiung.

Die Mitglieder der milieutheraeutischen Gruppe entstammen verschiedenen therapeutischen Gruppen. Sie werden in der intensiven Situation des therapeutischen Feldes von anderen ihnen vorher weitgehend unbekanntem Menschen neu wahrgenommen und haben dadurch oft die Möglichkeit, sich von einem pathologisch bestimmten Selbstbild zu befreien und die im Zuge des therapeutischen Prozesses erfolgten Veränderungen ihrer Persönlichkeit tatsächlich bewußt wahrzunehmen und zu integrieren.

Das therapeutische Milieu bringt den Patienten aber nicht allein positive Erfahrungen. Auch die kranken Anteile der Persönlichkeit treten häufig besonders deutlich hervor und werden intensiv als störend und belastend erfahren. Im Schutze des therapeutischen Milieus erfolgt sozusagen eine stärkere Polarisierung der gesunden und der kranken Anteile der Person. Die kontinuierliche Bearbeitung dieser Erfahrungen in den täglichen therapeutischen Sitzungen dient dazu, diesen Konflikt bewußt zu machen, der dann vom Patienten später in seine therapeutische Gruppe miteingebracht und gründlich analytisch bearbeitet werden kann.

In dringenden Fällen, bei stärkerer Aufregung und akuten Depressionen werden die therapeutischen Sitzungen ergänzt durch Einzelgespräche.

Eine wichtige Funktion hat die zeitliche und örtliche Begrenzung der milieutherapeutischen Erfahrung. Sie umgeht einerseits die Widerstände, welche eine unabsehbare Situation in Form von Angst, Lähmung und Destruktivität hervorrufen würde und erlaubt den Patienten für die Zeit ihres Aufenthaltes ein intensives Interesse an allen Momenten der Situation.

Die zeitliche und örtliche Begrenzung der Situation ist gewissermaßen eine Einübung im Aufbau und in der Veränderung von Ich-Grenzen. Dies wird besonders deutlich zu Beginn und bei Beendigung der milieutherapeutischen Erfahrung. Die milieutherapeutische Gruppe, von vornherein nur für eine begrenzte Zeit gebildet, trifft sich nach der Rückkehr aus dem therapeutischen Feld noch in einer Reihe von Nachsitzungen, in denen die Erfahrungen im therapeutischen Feld zusammenfassend besprochen werden und in denen das gemeinsame Problem der Rückkehr in die alte Lebenssituation bearbeitet wird. Danach löst die Gruppe sich auf, und ihre Mitglieder kehren in ihre therapeutischen Gruppen zurück.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die beschriebene Form der psychoanalytischen Milieuthherapie überträgt einer selbstverantwortlichen Patientengruppe in einer therapeutisch kontrollierten, jedoch von allen starren Regelungen freien Situation weitgehend die Aufgaben, die in der klinisch stationären Milieuthherapie von der Gruppe des therapeutischen Teams wahrgenommen werden. Sie stellt daher eine außerordentlich intensive Ich-Therapie dar. Ihre Kombination, sowohl mit der klinisch-stationären Behandlung, als auch mit den verschiedenen Formen der ambulanten Therapie, eröffnet meines Erachtens ein ganzes Spektrum therapeutischer Möglichkeiten, gerade in jenem Übergangsbereich kurz vor und hinter den Mauern der „totalen Institution“ (Goffman, 1961) der traditionellen Psychiatrie.

Die „Therapeutische Gemeinschaft“ einer intensiven Psychotherapie mit selbstverantwortlichen Patientengruppen erschöpft sich nicht in

einer oberflächlichen „Demokratisierung“ starrer Klinikregeln, die dadurch nicht flexibler, sondern nur ungreifbarer werden. Sie zielt darauf ab, im Hier und Jetzt eines in der realen Lebenssituation selbst angesiedelten therapeutischen Feldes die sich bietenden Möglichkeiten des Einblicks in psychische Konflikte und Potenzen direkt zu nutzen und sie dadurch in den Prozeß der analytischen Psychotherapie zu integrieren.

An die Stelle der starren Anstaltsmauern, die in der Regel ein „therapeutisches“ Milieu umschließen, dessen pathogene Dynamik die krankmachende Situation in Familie und Gesellschaft häufig nur intensiviert, setzt die Dynamische Psychiatrie die lebendige, der Kommunikation dienende und diese ermöglichende Gruppengrenze.

Indem sie den „Raum zwischen den Individuen“ als dynamisch-therapeutischen Faktor strukturiert und im Rahmen der psychotherapeutischen Interaktion erfahrbar macht, grenzt sie sich von der Gesellschaft nicht ab, um ihren Vorurteilen gerecht zu werden. Sie wird vielmehr selbst zu einem wichtigen Faktor der Veränderung einer Gesellschaft, die immer weniger in der Lage ist, für die Kommunikation ihrer Mitglieder einen lebendigen Raum des Austausches von Erfahrungen bereitzustellen.

Wichtig ist es meines Erachtens, daß die gründliche psychodynamische Erforschung der Genese psychischer Erkrankungen im Rahmen von Gruppe und Gesellschaft, welche die Basis einer vorurteilsfreien, humanen und wissenschaftlich reflektierten Arbeit zur Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen bereitstellt, keineswegs die Milliarden erfordert, die für Projekte ausgegeben werden, welche allein der rationalisierenden Beschwichtigung von Schuldgefühlen dienen, die das Elend der psychisch Kranken mit Recht provoziert.

Psychoanalytic Milieu Therapy

Günter Ammon

Psychoanalytic milieu therapy is an extended form of psychoanalytic technique, which was started by *E. Simmel* in the twenties of this century and applied to groups of patients, whose ego-weakness made them inaccessible to classical psychoanalysis. These patients are unable to think over and to master their life situations and conflicts by symbolization. The rationale of psychoanalytic milieu therapy is to give them gradually the opportunity to reach this stage of ego-development by offering them a milieu, which encompasses in time and space their life situation. In this milieu all kinds of self-manifestation of the patient can be observed and interpreted.

However, this new therapy situation creates specific problems and the need for a new technique to meet them. Psychoanalytic milieu therapy has much benefited from the technique of child analysis as developed by *A. Freud*. Like the child analyst, the psychoanalytically working psychiatrist is an active partner of the patient in the therapeutic milieu, he is involved into the whole life situation of the patient and once this interaction is given, his therapy will be an active directed one. The interpretative work of the therapist will hold the second place. First of all he responds through non verbal analytic behavior to the activities and conflicts of the patient. Thus, the interpretation will be an indirect therapy.

This technique gives the patient the chance to make new experiences in which he, while acting out his conflicts has the possibility to repair his early traumata. Through the dynamics of 'repeat and repair' he acquires a new ego-feeling, which permits him to accept gradually the verbal analytic interpretation of his conflicts.

Since the ego of the patient is at the beginning too weak, the therapist and his co-workers have to take over temporarily his important ego functions, allowing him thus to assume step by step the full responsibility of his behavior.

The author examines the conditions of a therapeutic milieu, which satisfies the above requirements both for in- and out-patients. In in-patient therapy the therapeutic milieu is constituted by therapists, psychiatrists in training, clinical psychologists, trained social workers, nurses, art therapists, work therapists etc. Since each member of the team has a special function, the team as a whole can assume the maintenance of the therapeutic milieu. The interaction among members of this group must be submitted to general discussion and supervision. Having limited but flexible boundaries the team helps the weak ego of the patient, gives him a mode of stable ego-boundaries and allows the „repeat and repair“ within the therapeutic milieu.

The 'central person' of the therapeutic team is the psychiatrist, who assumes the responsibility for the patient and coordinates all interactions within the working team. He helps the patient to obtain step by step insight into the dynamics of transference and resistance, giving him the possibility to verbalize the situation. The task of the members and the subgroups of the therapeutic team is the assistance in this process of ego-development. The whole staff of a hospital constitutes what the author calls 'the third person'. This third person, besides the therapist, introduces the reality-aspect into the therapeutic situation. The behavior of the patient will appear gradually to himself as ego-alien. The therapy will at first focus on the problems of the patient, connected with reality, before it passes over to a more formal analytic psychotherapy.

Under these conditions the diagnosis will continuously be changed. Parallel to the diagnostic process, which aims at the understanding and description of the patient's intrapsychic processes, a treatment program is developing in correspondence to the changed diagnosis. The psychiatrist has the task to synchronize both of them.

The author enfoldes another technique of milieu therapy for out-patient treatment: the principal therapeutic instrument is here a self-responsible therapeutic group with a particular structure. The milieu therapeutic field, in which this group lives and works for some weeks has reality-character. The work consists in the rebuilding of old farmsteads in order to transform them into psychotherapy centers. The milieu therapeutic field is limited in space and time. The milieu therapeutic group itself is constituted only for six months. The members of the group are chosen from various psychotherapeutic groups forming thus for the milieu therapy project a new group with a defined goal.

In a preparatory phase the members of the group gather in sessions, directed by a therapist. In these sessions the real project is developed, each member will have a well defined task in the whole project. Eventually, members who show inability to participate constructively in the project are excluded from the group. The group elects one of its members as organizational leader, who assumes the responsibility towards the psychiatrist for the realization of the project. These preparatory sessions serve the structuring of the group. The group leaves then for the milieu therapeutic center being accompanied by a therapist. The group schedules in own responsibility the execution of its particular task and shapes its own way of life during its stay. In daily therapeutic sessions with the therapist, the patients have the opportunity to verbalize their experiences, conflicts, and tensions. In this intensive life situation the patients can on the one hand display their abilities, on the other hand they are confronted with their pathology. The reality character of the situation strengthens the self-feeling of the patients, frees them from unconscious anxiety and guilt and enforces the therapeutic alliance.

By the limitation of the therapeutic experience in space and time the resistance of the patients, fostered otherwise in an unlimited situation, can be avoided. The patients gain interest into the projects, they have to realize during a defined span of time.

After their return from the milieu therapeutic field the patients meet in postsessions, where they can work through their experiences.

This form of milieu therapy transfers to a patient group the tasks, which the therapeutic team assumes in in-patient treatment. It represents therefore a particular intensive ego-therapy. It is a combination of out- and in-patient therapy, which allows the creation of a „therapeutic community“.

This therapy form does not view its aim in a superficial democratizing of the rigid structures of traditional hospitals. It creates within the real life situation a new therapeutic field, which makes possible the insight into both, potentialities and conflicts of the patients and integrates both in an analytic psychotherapy. Moreover, this field is not isolated from the surroundings, but is on the contrary as a model an important factor in the changing of a society, which is unable to offer its members the possibility of communication and mutual exchange of experiences.

Literatur

- Alexander, F.* (1952): Development of the Fundamental Concepts of Psychoanalysis. In: Alexander, F.; Ross, H.: *Dynamic Psychiatry* (Chicago: Univ. Chicago Press)
- Ammon, Gisela* (1969): Beobachtungen über einen Psychoanalytischen Kindergarten. Zum Problem der Frustrationsregulation (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1971): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 296—305 und in: Ammon, G., Hrsg.: *Gruppendynamik der Kreativität* (Berlin: Pinel-Publikationen)
- Ammon, Günter* (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy*. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I—III. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28; 123—167; 181—201
- (1972): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107
- Freud, A.* (1945—1956): *Indications for Child Analysis*. Khan, M. M. R., Ed. (London: Hogarth Press, 1969)
- (1956—1965): *Research at the Hampstead Child Therapy Clinic*. aaO. (1970)
- Goffman, E.* (1961): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Menninger, K.* (1942): Work as Sublimation. In: *Bull. Menn. Clinic* (6) 170—182
- Menninger, W. S.* (1932): Therapeutic Methods in a Psychiatric Hospital. In: *J. Am. Med. Ass.* (99) 538—542
- (1936): Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized and Mental Patients. In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 35—45
- Shaskan, D. A.* (1956): Treatment of a Borderline Case with Group Analytically Oriented Psychotherapy. In: *J. Forensic Sciences* (2) No. 2
- (1971): Management and Group Psychotherapy of Borderline Patients. Vth World Congress Psychiat., Mexico
- Simmel, E.* (1929): Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium. In: *Int. J. Psychoanal.* (10) 70—89
- (1936): The Psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytic Movement. In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 133—134
- Winnicott, D. W.* (1972): *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (London: Hogarth Press)

Buchbesprechungen/Book Reviews

Michael Balint

*Therapeutische Aspekte der Regression —
die Theorie der Grundstörung*

Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1970, 256 Seiten, DM 25,—

Der Verfasser unterscheidet drei seelische Bereiche:

1. Den Bereich des Ödipuskonfliktes, gekennzeichnet durch die Dreierbeziehung zwischen einem Subjekt und zwei Objekten mit der Möglichkeit einer Verständigung in der Erwachsenen-Sprache.

2. Den Bereich der Grundstörung, geprägt durch die frühe Mutter-Kind-Beziehung mit nicht-verbaler Verständigung, so daß später in Hinsicht auf diesen Bereich die Erwachsenen-Sprache weitgehend versagt.

3. Den Bereich des Schöpferischen, der ein Ein-Personen-Bereich ist.

Für die erste Beziehung, die harmonische Verschränkung zwischen Person und Umwelt, prägt er den Begriff der primären Liebe, und ersetzt dadurch den des primären Narzißmus.

In schweren Fällen von Regression, in denen die Zweierbeziehung zwischen Patient und Analytiker die gesamte Libido des Patienten absorbiert, wird die Zweierbeziehung der Grundstörung erreicht, bei der es sich nicht um einen Konflikt im Sinn des Ödipuskomplexes handelt, sondern um einen Mangel, der Ausgleich verlangt. Das Kleinstkind im Patienten kann in diesem Bereich die Leistung der sprachlichen Verständigung nicht allein bewältigen, so daß der Analytiker die Funktion eines Dolmetschers zwischen dem bewußten, erwachsenen Ich des Patienten und seinen unbewußten, dranghaften Wünschen übernehmen muß. Er darf nicht zu einem scharf konturierten Objekt für den Patienten werden, das den Anschein der Omnipotenz erweckt, da er ihn dadurch in eine Situation der Ungleichheit versetzen würde, die der primären Liebe widerspricht. Jedes Gefühl des Versagens kann den Patienten zum Schaden seines wahren Selbst veranlassen, sein leistungsfähiges Pseudo-Selbst wieder in die „Geschäftsführer-Position“ einzusetzen. Durch sein verstehendes, betreuendes Verhalten übernimmt der Analytiker diese Position für den Patienten, ohne daß er jedoch die Verantwortung für die Schaffung besserer Lebensumstände für ihn auf sich nimmt. Der Patient könnte sonst dem Mißverständnis erliegen, daß seine Grundstörung eine Folge seiner jetzigen schlechten Umwelt sei. Er erwartet, daß die Harmonie der primären Liebe wiederhergestellt wird, was nur in begrenztem Umfang in den intensiven Perioden der Behandlung möglich ist. Da die Triebbedürfnisse des Erwachsenen komplizierter sind als die des Säuglings, kann die Therapie leicht in den

Teufelskreis der Gier des Patienten nach immer neuer Befriedigung geraten.

Balint unterscheidet eine gutartige und eine bösartige Form der Regression. Für die gutartige Form ist eine arglose Atmosphäre kennzeichnend. Trotz libidinöser Besetzung des Analytikers, die gelegentlich sogar hochgradig und in jedem Fall lebenswichtig ist, weist sie keine Elemente der Verzweiflung oder Leidenschaft auf. Die bösartige Form ist durch verzweifelter Anklammern, einen hohen Intensitätsgrad der Erwartungen und genital-orgastische Elemente charakterisiert.

Der Neubeginn wird durch die Befriedigung gewährende Haltung des Analytikers möglich, der im Bereich der Grundstörung kein Objekt im eigentlichen Sinn ist, sondern Substanz, die keinen Wert auf separate Existenz legt und nur unzerstörbar da ist.

Wie die Mutter gibt er nicht primäre Liebe, sondern er läßt sich wie sie von primärer Liebe besetzen und ermöglicht dem Patienten dadurch, seinen eigenen Weg in die Welt der Objekte zu finden und ein Leben mit der Narbe der Grundstörung, die durch die Therapie nicht beseitigt werden kann, zu akzeptieren.

Inge Teichert (Berlin)

Edith Jacobson

Psychotischer Konflikt und Realität

S. Fischer Verlag, Frankfurt 1972, 97 Seiten, DM 12,—

Das Thema dieses Buches konzentriert sich auf einen bestimmten Aspekt innerhalb der psychotischen Störungen: auf die Beziehung des Psychotikers zur Außenwelt und die Rolle, die die Realität im psychotischen Konflikt spielt.

Wie Freud und andere ist E. Jacobson der Auffassung, daß sich der Konflikt in der Psychose zwischen Ich und Außenwelt abspielt, wobei sie die spezifische Natur dieses Konfliktes betont, der dem Bruch des Psychotikers mit der Außenwelt vorausgeht und ihn herbeiführt. Indem sie auf die Forschungen Freuds, Abrahams und Hartmanns hinweist, hebt sie die schwer ambivalente Natur des psychotischen Konfliktes hervor, wo die charakteristische Verbindung primitiver, narzißtischer und prägenitaler sadomasochistischer Fixierungen auftritt, die diese Individuen für derart gefährliche Feindseligkeitskonflikte prädisponiert. Eine Zunahme der Aggression auf Kosten der Libido hält Jacobson für das entscheidende Agens, das die allgemeine Deneutralisierung der Triebe und die regressiven Prozesse in allen Bereichen der psychischen Organisation induziert. Die vorherrschenden Ängste des Psychotikers hängen von der Schwere seiner aggressiven Konflikte ab, die Angst vor der drohenden Auflösung der psychischen Struktur.

Während in der psychoanalytischen Fachwelt weitgehend Übereinstimmung herrscht, was die Folgerungen, die sich aus *Freuds* Äußerungen über die Unzulänglichkeit der Verdrängungsschranken des Ichs beim Psychotiker ziehen lassen — die Desintegration und Entdifferenzierung der psychischen Strukturen, die Fixierung an frühe narzißtische Stufen, die regressive Rückkehr zu solchen Positionen und der Zwang, sich Verleugnungs- und anderer primitiver Abwehrmechanismen zu bedienen — während hierüber Einverständnis herrscht, weist *Jacobson* auf die divergierenden Meinungen im Hinblick auf Ausmaß und Art der Störung in der Beziehung des Psychotikers zur Außenwelt hin. Während *Freud* Psychotiker für unfähig hielt, eine Übertragungsbeziehung einzugehen, gibt es zahlreiche Berichte über geglückte psychotherapeutische, ja psychoanalytische Arbeit mit Psychotikern, und *Waelder* hat 1960 sogar von warmen herzlichen Objektbeziehungen gesprochen.

Angesichts der Schwäche von Ich und Über-Ich ist es nach *Jacobson* zweifelhaft, ob bei den Psychosen in den üblichen Begriffen über die emotionalen Einstellungen des Patienten gesprochen werden kann, so, als ob seine libidinösen und destruktiven Triebimpulse immer denselben affektiven Ausdruck finden würden wie die Emotion normaler Individuen.

Die Untersuchungen *E. Jacobsons* über Realitätsbeziehungen psychotischer Patienten, über die Formen ihres Agierens, über ihre Objektbeziehungen, ihre Sublimierungen, ihre Einstellung zur Arbeit und zur unbelebten Umwelt zeigen, daß man die komplexen Beziehungen des Psychotikers zur Außenwelt stark vereinfacht, wenn man seinen Realitätskonflikt ausschließlich unter dem Gesichtspunkt des Bruchs mit der Realität und der anschließenden Restitutionsprozesse betrachtet. In bestimmten Phasen der Krankheit entwickeln Schizophrene häufig sehr intensive menschliche Beziehungen, die — fälschlich — auf eine echte Fähigkeit zu Liebe, Wärme und Zuneigung hindeuten scheinen. Obwohl diese Beziehungen sich des intakten oder neurotischen Teils der Persönlichkeit bedienen, können sie in Wirklichkeit ein Ausdruck der spezifischen psychotischen Psychopathologie des Patienten und der besonderen Rolle sein, die äußere Objekte und die Realität in seinem psychotischen Konflikt spielen. Genau diese Dynamik zeigt *E. Jacobson* in einem großen Fallbeispiel und mehreren kleinen Fallvignetten und meint, daß diese Aussagen wohl für eine große Gruppe von Psychotikern Gültigkeit hätten.

Die Autorin fragt zunächst, in welchem Maße der Psychotiker auf seine Weise eine Veränderung der äußeren Realität für seine spezifischen Bedürfnisse zu erreichen sucht. Die Bemühungen des normalen Individuums um eine Realitätsveränderung wird vom Realitätsprinzip geleitet, und seine Anpassung an die Realität beruht auf autoplastischen

wie auf alloplastischen Mechanismen. Bei Psychotikern trifft dies nicht zu: aufgrund ihrer außergewöhnlichen narzißtischen Verletzbarkeit erleben sie leicht jede Versagung als narzißtische Kränkung und reagieren auf sie mit grenzenlosen narzißtischen und feindseligen Konflikten, die eine allgemeine Regression auf primitive narzißtische Stufen sowie Triebentwicklung und Triebdenutralisierung begleiten und induzieren können. Die daraus folgende Schwächung der psychischen Strukturen und der Abwehrorganisation führt zu einem weiteren Anwachsen freier Aggression, wodurch das Ich noch mehr geschwächt wird. In einer solchen Situation kommt es aber nicht unmittelbar zum Bruch mit der Realität. Die Patienten versuchen das Gegenteil: sie wenden sich an die Außenwelt und versuchen, sie ihrer Anstrengung dienstbar zu machen, ihre libidinösen Ressourcen wieder aufzufüllen, ihr geschwächtes Ich und Über-Ich wieder zu stärken und die narzißtischen Triebkonflikte zu lösen, mit denen ihr defektes Ich nicht fertig wird. Dies führt zu mehr oder weniger auffälligen Formen des Agierens, die sich sehr verschiedenartig ausdrücken. Die Autorin betont, daß Psychotiker versuchen, die Außenwelt zu benutzen, um eine Auflösung ihrer Ich- und Über-Ich-Strukturen und eine regressive Entdifferenzierung und Desintegration zu verhindern, die zu einem manifesten psychotischen Zusammenbruch führen würden. Aus diesem Grunde halten und klammern sie sich nicht nur an der Außenwelt fest, sondern versuchen, sie zu verändern, versuchen eine neue Welt zu schaffen, die ihren Bedürfnissen entspricht, wobei sie all die Aspekte, die diesem Zweck nicht genügen, verleugnen und verwerfen. Das Ich unternimmt also außerordentliche Anstrengungen, um in der Außenwelt Hilfe zu finden oder sie zu zwingen, ihm in seinem hoffnungslosen Kampf mit den Triebdrohungen beizustehen. Die Psychotiker geben die Realität nur dann auf und ersetzen sie durch eine neu geschaffene Phantasiewelt, wenn die Realität sich ihren Bedürfnissen versagt und ihnen keine Hilfe für die Lösung ihrer Konflikte gewährt.

Das Agieren des Psychotikers hat nach *Jacobson* zwei Qualitäten, eine „neurotische“ und eine „psychotische“. Die neurotischen und normalen Handlungen — Ausdruck des intakten Ich-Anteils — sind verflochten mit Einstellungen und Handlungen, die seinen psychotischen Konflikten entspringen und seinem Abwehrkampf gegen einen psychotischen Zusammenbruch dienen.

„Psychotischer Konflikt und Realität“ war Thema eines nun erweiterten Vortrags, den die Autorin anlässlich der alljährlichen Feier des Geburtstags *S. Freuds* 1965 im New York Psychoanalytic Institute gehalten hat. Die Einladung zu diesem Vortrag gilt als Auszeichnung. Diesem hohen Anspruch wird *E. Jacobson* vollauf gerecht. Das Buch stellt einen glänzenden Beitrag zur psychoanalytischen Psychosentheorie

dar. Es zeigt das tiefe analytische wie menschliche Wissen der Autorin um psychisch Kranke und verhilft Lernenden wie Interessierten durch seine sprachlich klare Ausdrucksweise und differenzierte Falldarstellung zu einem besseren Verständnis psychotischen Handelns. Für alle, die Schizophrenietherapie durchführen, ist ihre Auseinandersetzung mit der *Searlesschen* Psychosentherapie eine Kostbarkeit.

Regine Schneider (Berlin)

Joachim Scharfenberg

Seelsorge als Gespräch

Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1972, 153 Seiten, DM 18,—

Joachim Scharfenberg geht die Krise in der Seelsorge grundsätzlich an. Er sieht zwei Grundübel, die für diese Krise verantwortlich sind: Empirische Forschungsmethoden wurden von dem Bereich der Seelsorge ferngehalten, man glaubte sich so die Konfrontation mit der fatalen Wirklichkeit ersparen zu können. Zum anderen ist an dieser Krise die Verbindung der „Verkündigung“ mit dem Gespräch schuld. Die „Verkündigung“ war das „eigentliche“ Ziel jedes seelsorgerlichen Gespräches. Das Gespräch selbst diente „als Anknüpfungspunkt, Präludium oder Vorwand für die Verkündigung, so daß derjenige, der in die Seelsorge kommt, gar nicht in die Lage versetzt wird, die „Frage“, die er mit seiner Existenz darstellt, zu artikulieren und sie sich damit bewußt zu machen“. Solange an das Gespräch der Anspruch der Verkündigung gebunden bleibt, kann ein partnerschaftliches Gespräch nicht geführt werden: Mit der „Verkündigung“ kommt etwas Vorgegebenes in das Gespräch, was sich der Veränderung im Gesprächsvollzug entzieht, und gleichzeitig entsteht ein autoritäres Gefälle vom „Verkündiger“ zum Klienten.

Dem Autor geht es aber nicht darum, sich ängstlich und neidisch gegen die Methoden und Erfolge säkularer Wissenschaften abzugrenzen, sondern auf Parallelen zu ihnen, besonders zur Psychoanalyse, hinzuweisen und sie für die Theorie und Praxis der Seelsorge verfügbar zu machen. Über eine instruktive sprachhistorische und sprachtheoretische Untersuchung kommt der Autor zu einer Beschreibung der Sprache als Therapeutikum. Konstitutiv dafür ist eine dialogische Struktur des Gesprächs, die es ermöglicht „ich-fremd empfundenen unheimlichen Mächten im eigenen Inneren einen Namen beizulegen und ihnen zur Artikulation zu verhelfen . . . Die Krankheit rückt damit aus dem Bereich des reinen Verhängnisses in den Bereich des menschlich zu Verantwortenden . . .“ In dem Gebrauch der Sprache als Therapeutikum in der Tiefenpsychologie sieht er „ein Paradigma für den nichtautoritären Umgang im Gespräch geschaffen.“

Obwohl das Gespräch die Gleichberechtigung der Partner voraussetzt, gibt es doch bestimmte Gesprächstypen, in denen spezifische Aufgaben gestellt sind, was zu einer Rollenspezifizierung und damit auch einer Verschiebung der Symmetrie der Rollen führt. Das Lehrgespräch, das Explorationsgespräch und die Verbindung beider im Gespräch der „helfenden Beziehung“, das vom amerikanischen case work entwickelt worden ist, kommt in seinen Prinzipien und Methoden dem dialogischen Seelsorgegespräch am nächsten. Ausführlich wird die interpersonale Dynamik im Gespräch besonders die Übertragung und Gegenübertragung dargestellt. An Beispielen wird die von Laien oft unterschätzte oder gar nicht erst bewußt wahrgenommene Bedeutung dieser Dynamik deutlich.

In einem mehr praktisch ausgerichteten Teil beschreibt *Scharfenberg* Mittel, Methoden und kritische Punkte der Gesprächsführung und Fragen der verschiedenen Formen von Seelsorge: Das einmalige Gespräch, die Gesprächsreihe und die Betreuung. In einer abgewogenen Darstellung werden die Verhaltenstherapie, die klientenzentrierte Gesprächsführung und die tiefenpsychologisch orientierte Gesprächsführung einander gegenübergestellt und verglichen. Für die Seelsorge hält der Autor — wie wir meinen zu Recht — die tiefenpsychologisch orientierte Gesprächsführung am besten geeignet.

Grundsätzliche Kritik muß da geübt werden, wo *Scharfenberg* von der Psychose als einer Krankheit spricht, „die im allgemeinen auf einen konstitutionell gegebenen Faktor (Vererbung) und auf ein noch nicht genau erforschtes Körpergeschehen zurückgeht“, die „in die Hände eines Psychiaters gehört“. Mit der Fiktion der Psychose als einer Erbkrankheit wird der Verfasser seiner Konzeption der Sprache als Therapeutikum untreu, indem er ihr fiktive Grenzen setzt. Schon längst ist es Psychoanalytikern gelungen, psychotisch reagierende Patienten unter Einsatz der Sprache als Therapeutikum zu heilen und sie damit der grausamen Alternative psychiatrischer Verwahranstalten zu entreißen.

Trotzdem kann dieses Buch nur empfohlen werden, besonders natürlich Pfarrern, darüber hinaus aber auch Sozialarbeitern, Psychotherapeuten, Pädagogen, Psychagogen und Klinischen Psychologen.

Manfred Link (Berlin)

Günter Clauser

Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem — Der Rhythmus als Organisator der menschlichen Entwicklung —

Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart, 1971, 147 Seiten, 29,— DM

Eine jahrelange und intensive Forschung mit dem Studium einer erstaunlich ausgedehnten Bibliographie hat dem Verfasser über ein bislang

wenig bearbeitetes Problem — das der vorgeburtlichen Sprachentwicklung — eine überlegene Selbstsicherheit verschafft. Sie begegnet dem Leser durch die ganze Schrift und zwar sowohl in den vergleichenden phylo- und ontogenetischen Wissensgebieten über die Sprachentstehung als auch in den kühnen eigenen Zielsetzungen und Schlußfolgerungen.

Wenn zwar C. im Untertitel den „Rhythmus als Organisator der Entwicklung“ bezeichnet, so geht er keineswegs von ihm aus, sondern von paläontologischen Befunden eines Primats der Schädelbildung — vor der Gehirnbildung —, „und die daran geknüpfte These ist wegweisend für meine Untersuchung“ (S. 22). C kommt also zum Schluß: „Alle vorsprachlichen Lautäußerungen sind für mich menschliche Sprache“ (S. 22). Ja, C. spricht in diesem Zusammenhang sogar von „der paläontologischen gesicherten zeitlichen Identität von Mensch und Sprache . . .“ (S. 22).

Es muß vorausgeschickt werden, daß es C. fast ausschließlich um die physiologische Genese geht. Die parallel verlaufende psychische wird offenbar bewußt umgangen. In der imponierenden „Pyramide“ der angeführten Bibliographie fehlen demgemäß Bücher von *Fr. Kruse*: „Die Anfänge des menschlichen Seelenlebens. Nachweis und Bedeutung der frühesten Bewußtseinsinhalte“ (Stuttgart 1969). Ferner:

A. *Garma*: Psicoanálisis de los sueños, Buenos Aires, Paidós, 4. Auflage 1963

A. *Garma*: Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis de los sueños, Buenos Aires, Paidós, 1970

A. *Rascovsky*: El Psiquismo fetal, Investigaciones psicoanalíticas sobre el desenvolvimiento primitivo del individuo, Buenos Aires, Paidós, 1960

A. y M. *Rascovsky*, J. *Aray*, E. *Kalina*, M. *Kizer*, J. *Szpilka*: Niveles profundos del psiquismo, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1971.

Ebenso fehlen die seit mehr als 10 Jahren erschienenen Publikationen des Ärzteehepaares *Liley* auf Oakland. Und schließlich fehlen meine eigenen einschlägigen Bücher, wie: „Die Ambivalenz des Kindes“ (Wien 1924); „Einheit und Zwiespalt der Seele, Entwicklung, Struktur und Ambivalenz des Seelenlebens beim Kinde“, 2. Aufl. (Bern 1947); „Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens“, 3. Aufl. (München 1970); „Die Not des Lebens und ihre Überwindung. Zur Tiefenpsychologie des Geburtstraumas und der nachgeburtlichen Lebensgestaltung“, (Bern und Ratingen 1966).

Wenn C. also Seite 48 meint, daß „bisher eine vorgeburtliche Prägung für den Menschen noch nicht diskutiert wurde“, so irrt er. Er glaubt

zwar, daß sie im Rahmen einer „Psychologie des Ungeborenen“ zukünftig eine große Rolle spielen wird.*

Über das viel umstrittene „Trauma der Geburt“ herrscht bei C. Widersprüchlichkeit. Schon den Begriff umgeht er, anerkennt aber das pränatale Leben im mütterlichen „rhythmischen Wiegen des Ganges, im rhythmischen Auf und Ab der geräuschvollen Atmung und im rhythmischen Schlag des Herzens“ (S. 49). All dies, was zur pränatalen Geborgenheit im engsten Sinn gehört, geht nach der Geburt verloren. Trotzdem meint C. in anderem Zusammenhang, daß „die Geburt tatsächlich eine unwesentliche Zeitmarke ist“ (S. 35). Aber man muß ihm zugute halten, daß er die Geburt als ein „einschneidendes Abstillen als das spätere Absetzen von der Brusternährung“ hält (S. 48). Dies ist jedoch nichts Neues.

Wenn zwar C. den Rhythmus zum zentralsten Problem erklärt und in den Kapiteln „Die akustisch-rhythmische Prägung“ und „Der Rhythmus als Organisator der menschlichen Entwicklung und der Sprache“ (die zu den bedeutsamsten des Buches gehören) dies erläutert, so muß doch bedauert werden, daß C. von einer der grundlegendsten diesbezüglichen Publikationen offenbar keine Kenntnis hatte. Ich habe in meinen Büchern verschiedentlich auf sie verwiesen. Es ist die Rektoratsrede von C. *Sganzini*: „Die Einheit der Wissenschaft“ (gehalten an der 107. Stiftungsfeier der Universität Bern am 22. November 1941, publiziert Bern-Leipzig 1941). *Sganzini* wagte es, die Einheit der Wissenschaft und der „Geschehensstruktur überhaupt“ im Rhythmus zu sehen.

„Im Rhythmisieren ist Einigung, Vereinigung, Zusammenklang“ (S. 11—12).

Wenn C. vom Mutterherz sagt: „Seine stillende Funktion geht mit rhythmisch-akustischer Stimulation einher“, so kommt er dabei zum Schluß: „Bei der Identität von Ernährungs- und Sprachfunktion darf außerdem ein prägender Einfluß auf die Sprachentwicklung angenommen werden“.

Der Verfasser drückt sich dabei sehr vorsichtig aus, und doch handelt es sich hier nicht um eine „Identität“, sondern höchstens um eine enge Beziehung.

Der Nachweis einer sehr engen Verwandtschaft zwischen Herz- und Kehlkopf-Muskulatur und deren Genese ist sehr aufschlußreich. C. bezieht sich hier hauptsächlich auf *Goerttler* (S. 54—61, Anmerkungen 118 und 119), dann aber in der Funktionsentwicklung des Embryos auf *Blechschildt*: „Vom Ei zum Embryo. Die Gestaltungskraft des menschlichen Keims“, Stuttgart 1968. Wenn letzterer sagt: „Ein Mensch wird

* Ende Juli 1971 wurde in Wien die internationale „Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie“ gegründet.

nicht ein Mensch, sondern ist ein Mensch und zwar in jeder Phase seiner Entwicklung“, so widerspricht diese Formulierung schon dem Titel seines Buches „Vom Ei zum Embryo“. Diese Formulierung mag u. a. *Büchner* zum Titel seiner Abhandlung „Von der Zeugung an ein Mensch“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 13 und 14 vom 30. März 1972 und 6. April 1972) inspiriert haben. Gemeint ist damit doch wohl, daß in der befruchteten Eizelle die Anlage Mensch gesetzt ist und nach dem aristotelischen Grundgesetz der Entelechie (auf das ich in meinen Schriften verschiedentlich hinwies) durch alle Phasen der Entwicklung zum Mensch wird. Und genauso ist entsprechend alles, was C. in bestechender Weise schon vorgeburtlich und dann nachgeburtlich, im ersten Schrei, im späteren Lallen als „Sprache“ bezeichnet, nicht Sprache, sondern Antizipation, ein „Sprachlich-Werden, ein Sprachvermögen“: Aber wenn für C. Sprache und Mensch zeitlich eine Identität sind, dann hätte eben auch die befruchtete Eizelle ihre „Sprache“, der Embryo, der Foetus, der Neugeborene „seine Sprache“, ja, dann wird alles am Menschen (und nicht nur an ihm) zur „Sprache“: Organsprache, Gebärdensprache, Herzsprache, Augensprache, Bildersprache usw., usw.

Sprache aber ist allein das gesprochene Wort, der sinnvolle gesprochene Satz.

Zur Sprache kommt es nachgeburtlich erst dann, wenn das Kind im Bereich seines Vorbewußten (*Freud*) den Zusammenhang der Vorstellungen von Sache und Wort (Begriff) erfaßt hat. Dann erst entsteht Sprache und zugleich Bewußtsein. Demgemäß gibt es keine „vorgeburtliche Entstehung der Sprache“, sondern lediglich vorgeburtliche Entwicklungen, die Voraussetzungen, Antizipationen zu einem nachgeburtlichen Sprachvermögen sind.

Der Begriff „Trauma der Geburt“ soll wohl auch bei C. ausgemerzt werden. Dem Vorgang der Geburt schreibt er zwar als Abstillung vom Herzen der Mutter ein größeres traumatisches Erleben zu als jenem der Abstillung von der Mutterbrust. Dann aber schreibt er im Gegensatz dazu, daß „die reibungslose Umstellung von der intrauterinen auf die extrauterine Ernährung garantiert“ (S. 77) sei!

In einem abschließenden Abschnitt über den „Rhythmus als Organisator der menschlichen Entwicklung und Sprache“, faßt C. klärend zusammen, daß „das genetische Primat der Innenwelt gegenüber der Außenwelt“ (nach der Geburt) „bleibt“ (S. 80), womit er bestätigt, was ich vor Jahrzehnten (z. B. in „Einheit und Zwiespalt der Seele“, Bern, 1947) über das Pränatal-Seelische, das unbewußte Selbst, publizierte. Und da auch für C. „körperliche und seelische Erfahrung . . . keine Gegensätze“ sind, so meine ich, müßten seine pränatalen, physiologischen Forschungen und meine psychologischen sich ergänzen. In dem erwähnten Abschnitt spricht sich übrigens C. deutlich aus, wenn er sagt: „So

wurzelt auch die Sprache im Monolog der akustisch-oralen Rhythmik, die schon im Uterus den stimmlichen Dialog zwischen Mutter und Kind nach der Geburt vorbereitet. Damit ist die Menschensprache — längst bevor sie laut wurde — mit Hilfe fetaler Sinnesorgane elementar vorbereitet“ (S. 80). Vorbereiten heißt aber noch nicht entstehen.

C. billigt zwar „dem Ungeborenen ein Seelenleben und eine spezifisch menschliche Existenz auf noch wenig differenziertem psychischen Niveau“ (S. 85) zu, aber er berührt das pränatale Seelenleben kaum. Dabei müßte — wenn doch nach C. körperliche und seelische Erfahrungen keine Gegensätze sind — das vorgeburtliche Seelenleben genau so immens differenziert sein, wie das von C. beschriebene körperliche.

Wie sehr „differenziert“ das „psychische Niveau“ des Ungeborenen ist, das beweisen allein schon die in einer Analyse immer wieder auftauchenden Träume mit typisch pränatalem und geburtstraumatischem Inhalt. Aber von Träumen ist bei C. nicht die Rede, auch nicht einmal dort, wo er sich im letzten Kapitel mit der psychoanalytischen Technik und Praxis befaßt und dabei Fälle anführt.

Daß sich C. so eingehend mit der Forschung der Sprachbildung befaßt, hängt wahrscheinlich damit zusammen, daß er ein akustischer Typ ist. Dasselbe dürfte für *Blum* zutreffen — der das Geleitwort schrieb —, wenn er postuliert: „Schöpfung ist Wortschöpfung“ (S. 89), eine meta-noetische Folgerung, denn Zeugung ist Schöpfung, und Wortschöpfung ist nur ein genetisch nachgeburtlich spät erfolgter beschränkter Teil davon. Doch später (S. 105) taucht überraschend von *Blum* ein neues Motto über einem Kapitel auf: „Doch die Urschöpfung schöpfte ohne das Wort“.

Wir stellen abschließend mit C. fest: Stimmbildung und Spracherwerb sind nicht nur zeitlich getrennt, sondern haben — zwar eine vom intra-uterinen Hören her verwandte Genese — aber das nachgeburtliche Lallen, das der Stimmbildung dient, verschwindet und hilft kaum oder nur sehr sekundär dem Spracherwerb. C. muß sich selber immer wieder korrigieren, wenn er von den erwähnten hypothetischen Setzungen ausgeht, daß Mensch und Sprache eine Identität seien (S. 22), oder daß für ihn „die vorsprachlichen Lautäußerungen menschliche Sprache sind“ (S. 22), dann aber feststellen muß: „Die späteren Wortbildungen im Rahmen des eigentlichen Spracherwerbs gehen nicht aus dem Material dieser Naturlaute hervor“ (S. 90).

In den zwei letzten Kapiteln der „Sprachschöpfungstheorie“ faßt C. seine Konzeption zusammen und stellt dabei nochmals das Primat des Rhythmus in den Vordergrund: „Rhythmus ist ein Urphänomen alles Lebendigen“ (S. 106). Das gilt vor allem für die pränatale Phase der Entwicklung und der Ausbildung der Hör- und Sprachorgane. Die physiologische Darstellung dieser pränatalen Entwicklung hat bislang wohl

kaum eine wissenschaftliche Prägnanz, wie sie C. aufweist, erreicht. Dagegen stimmt es nicht, wenn C. von seinen „psychologischen Beweisen“ spricht (S. 114). Ebenso stimmt es nicht, wenn er verallgemeinert, daß „für die psychoanalytische Forschung die Genese der vorgeburtlichen Wahrnehmung ein weißer Fleck“ blieb. Und es stimmt nicht, wenn er sagt: „Der Beginn der menschlichen Entwicklung wurde auf den Tag seiner Geburt terminiert. Die vorgeburtliche ‚Reifung‘ war für psychoanalytische Vorstellungen ohne Belang“. (S. 114). Freilich, Zustimmung müßte C. darin gegeben werden, daß die psychoanalytische Forschung — ebenso wie seine eigene — die von mir erwähnten Autoren und ihre bereits seit Jahrzehnten gestarteten Publikationen über die „vorgeburtliche Reifung“ weitgehend ignorierten oder nicht kannten.

Es ist sein Verdienst, daß er in seiner Schrift in so umfassendem Maße die vorgeburtliche Vorbereitung des Sprachlich-Werdens physiologisch in der Verwandtschaft mit Rhythmus und Ernährung darstellt und in Bezug auf die psychoanalytische Technik feststellt: „Die Sprachschöpfungstheorie dient auch hier als Orientierungshilfe bei der Erweiterung der psychoanalytischen Technik im Hinblick auf präverbale Bewußtseinsinhalte“ (S. 116), letztere sind zwar mehr unbewußt.

C. schließt sein Werk mit dem Satz: „Die Sprache ist des Menschen höchstes Ziel und gleichzeitig seine früheste Tat“ (S. 119). „Höchstes Ziel“? „Früheste Tat“? Ich bin davon nicht überzeugt.

G. H. Graber (Bern)

Dieter Wyss

Lehrbuch der medizinischen Psychologie und Psychotherapie für Studierende

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1971, 175 Seiten, 14,80 DM

Die neue Approbationsordnung für Ärzte bestimmt Psychologie und Psychotherapie zu Pflichtfächern für Medizinstudenten. Hier kommt das „Lehrbuch der medizinischen Psychologie und Psychotherapie für Studierende“ einem dringenden Bedarf entgegen. Es darf dabei jedoch nicht vergessen werden, daß in absehbarer Zeit nicht einmal annähernd genügend Lehrkräfte für dieses zu lange vernachlässigte Fach zur Verfügung stehen werden und damit für viele Studenten die Beschäftigung hiermit ausschließlich auf Literatur beschränkt sein wird.

Dieter Wyss, Schüler und Mitarbeiter V. v. *Weizsäcker's*, gliedert sein Lehrbuch in „medizinische Psychologie“ für Vorkliniker und „Psychotherapie“ für Studenten der klinischen Semester. Grundlage des ersten Teiles ist ein kritischer Abriß der Psychologiegeschichte: *Wyss* beginnt mit dem Scheitern der physiologischen Psychologie, an deren Anfang die

Spaltung des Menschen in Subjekt und Objekt bei *Descartes* steht und die zur Zerstörung des Subjekts und der Welt der Erscheinungen und Wahrnehmungen in Reflexologie und Behaviorismus führte. Er beschreibt dann die partielle Wiedergewinnung des lebendigen Subjekts in der Gestaltpsychologie, von der ausgehend, die phänomenologische und personalistische Psychologie die Subjekt-Objekt-Spaltung überwinden konnte durch die „Entdeckung der menschlichen Erlebniswelt, der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen und der vorlogischen Verbindung von Subjekt und Objekt“.

Eine detaillierte Beschäftigung mit *S. Freud* verlegt der Verfasser auf den zweiten Hauptteil des Lehrbuches. In einem späteren Kapitel des ersten Teiles gibt *Wyss* eine Einführung in die Entwicklungspsychologie *Ferenczis, Kleins, Piagets* und *Spitz'*. Er reflektiert über die Entstehung menschlicher Ordnungen, erwähnt aus der Position des Liberalen die Wechselwirkung ökonomischer, soziologischer und emotioneller Faktoren und schildert schließlich die Ergebnisse *Eriksons, Meads* und *Kardiners*. Der erste Teil des Lehrbuches schließt mit einer Einführung in die Testpsychologie (Verfasser: *B. Schmidt*).

Der zweite Teil, „Einführung in die Psychotherapie“, beginnt pragmatisch mit deren Voraussetzung, der Erhebung einer biographischen Anamnese anhand einer Fallvorstellung. Die spezifische Bedeutung biographischer Ereignisse für den Patienten wird nach dem Verhalten der Person zu Ordnung, zu Leistung und Arbeit und zu seinen Antrieben, Emotionen und Stimmungen ermittelt, die akute Konfliktsituation als Schlüssel zum Verständnis benutzt.

Es folgt eine sehr kurzgefaßte Differentialdiagnose von „Reaktionen, Neurosen, Psychopathien und Psychosen“. In ihrer therapeutischen Konsequenz bedeutet sie leider nur noch eine Differenzierung zwischen Neurosen und sogenannten Psychopathien, denn nur die Neurosen (und die hier nicht erwähnten psychosomatischen Erkrankungen) sind eigentlich „Psychotherapie-würdig“ — eine Ansicht, der wir uns selbstverständlich nicht anschließen können. Das Gebiet der Psychosen gehört seines Erachtens von vornherein zur „Schulpsychiatrie“, wird schon an anderer Stelle im alten Stil beschrieben und ist scheinbar einer Psychotherapie nicht zugänglich. Den sogenannten Psychopathen gegenüber äußert der Verfasser leider die bekannten Vorurteile (mangelnde Intelligenz, erbliche Belastung, morphologische Abnormitäten, Kriminalität), welche konsequent in therapeutischen Nihilismus münden. — Ein „schwarzes“ Kapitel, das in dem sonst sehr lobenswerten Buch nicht enthalten sein dürfte! Dies nicht zu erwähnen, hieße, seinem kritischen Verfasser nicht gerecht zu werden.

Die sich anschließende sehr instruktive Einführung in die psychoanalytische Theorie *S. Freuds* endet mit einer kritischen Betrachtung ihrer Be-

deutung und ihrer Grenzen. Letztere sind nach Meinung des Autors: Materialismus und Sensualismus, Biologismus, einseitige Triebkonzeption, Unterschätzung der menschlichen Vernunft, Reduktivismus, Bindung an die bürgerliche Sexualmoral.

Wyss charakterisiert sodann prägnant die neoanalytischen Richtungen von: *C. G. Jung, A. Adler, O. Rank, S. Ferenczi, M. Klein, K. Horney, E. Fromm, F. Alexander, H. Schultz-Hencke.*

Weitere Kapitel widmet der Autor den Grundlagen der psychosomatischen Medizin und psychotherapeutischen Methoden (klassische Analyse, Gruppentherapie, Psychodrama, Fokaltherapie, Hypnose, autogenes Training). Das Lehrbuch schließt mit einer kurzen Zusammenfassung zur Indikation und Prognose von Neurosen und psychosomatischen Krankheiten.

Sicherlich ist das Lehrbuch sehr notwendig. Es wurde von einem ausgezeichneten Sachkenner geschrieben und ist didaktisch sehr gut gelungen. Es eröffnet einen Zugang zur Psychologie und Psychotherapie und wird wahrscheinlich manchen Studenten zu einer näheren Auseinandersetzung hiermit einladen. Insgesamt wird es dazu beitragen, einen Teil der Vorurteile abzubauen, die bei Medizinern gegenüber psychisch Kranken bestehen. Eine freundlichere Behandlung von sogenannten Psychopathen und Psychosen würde diesem Anliegen allerdings entgegenkommen.

Der Unterzeichnete gibt gern zu, daß er ein Lehrbuch wie dieses während seiner Studienzeit sehr vermißt hat.

Fritjof Winkelmann (Berlin)

Nachrichten

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

Nach zweijährigen vorbereitenden Arbeiten konnte nunmehr am 28. Januar dieses Jahres das Münchener Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. eröffnet werden. Die Leitung übernahm die Münchener Lehranalytikerin Frau Dr. med. Maria Helmrich, die Leitung des Sekretariats Herr Dr. med., Dipl.-Psych. Siegfried Gröninger. Zu den weiteren Dozenten zählen Dr. med. Jan Pohl, Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries, Dr. phil. Wolfgang Schmidbauer, Dr. med. Hermann Helmrich sowie zehn ständige Gastdozenten des Berliner Zentralinstituts. Z. Zt. stehen 20 Kandidaten in Ausbildung; die Seminar- und lehranalytische Einzel- und Gruppenarbeit ist in vollem Gange;

60 Ausbildungsanträge von Ärzten und Diplom-Psychologen sind in Bearbeitung.

Sitz des Instituts ist Schloß Weidenkam, Starnberger See. Adresse des Sekretariats: Dr. med., Dipl.-Psych. S. Gröninger, 8 München 40, Schellingstraße 153 b.

Vertreter von DAP/DGG auf dem Jahreskongreß der American Group Psychotherapy Association in Detroit

Der stellvertretende Leiter des zentralen Lehr- und Forschungsinstituts von DAP/DGG, Dr. med. Jan Pohl, sowie die stellvertretende Leiterin des Psychoanalytischen Kindergartens der DGG, Frau Elke Regehr, vertraten die Gesellschaften auf der oben genannten Jahrestagung der AGPA in Detroit vom 7.—10. 2. 1973.

Sie wurden anlässlich der Eröffnungsansprache von dem Präsidenten der AGPA, Dr. J. W. Fidler, offiziell begrüßt und das überfüllte Auditorium bereitete ihnen durch großen Beifall einen außergewöhnlich freundlichen Empfang. Dr. Pohl leitete einen workshop über gruppen-therapeutische Techniken bei der Behandlung von Borderline-Fällen. Dabei entwickelte sich ein lebendiger Erfahrungsaustausch mit zahlreichen amerikanischen Kollegen, insbesondere mit den DGG-Mitgliedern Dr. D. Shaskan und Dr. S. Scheidlinger.

Die von Mitgliedern der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V. und ihres Psychoanalytischen Kindergartens in Verbindung mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (dessen Mitglied die DGG und ihr Kindergarten geworden sind) durchgeführte Haus- und Straßensammlung erbrachte ein Resultat von ca. 12.000 DM, wovon 90% des Geldes dem Psychoanalytischen Kindergarten zufließen konnte.

Für seine Verdienste um die Weiterentwicklung der Psychoanalyse in Theorie und Praxis wurde dem Präsidenten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V., Dr. med. *Günter Ammon*, die Goldene Medaille und die Ehrenmitgliedschaft der Accademia Tommaso Campanella in Rom verliehen.